

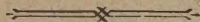
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1926 1927. — N° 45

LA

PELVI-PÉRITONITE TUBERCULEUSE

à Forme Tumorale chez la Femme



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Décembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RENÉ VIGNES

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 26 Juin 1900 à Vacoas (Ile-Maurice)



MARSEILLE

Imprimerie H. PEYRANO

3, Rue Fortia, 3

1926

LA

PELVI-PÉRITONITE TUBERCULEUSE

à Forme Tumorale chez la Femme

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1926-1927. — N° 45

LA

PELVI-PÉRITONITE TUBERCULEUSE

à Forme Tumorale chez la Femme

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Décembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RENÉ VIGNES

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 26 Juin 1900 à Vacoas (Ile-Maurice)



MARSEILLE

Imprimerie H. PEYRANO

3, Rue Fortia, 3

1926

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ.
Doyen M. J. LÉPINE.
Assesseur X..

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.),
ROQUE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD PIC
Cliniques Chirurgicales	TIXIER BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	X.
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LÉPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LANNOIS
Clinique des maladies des voies urinaires	ROCHET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	NOVE-JOSSERAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	BRETIN
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie interne	COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales	CADE
Anatomie pathologique	PAVIOT
Chirurgie opératoire	PATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.)
Médecine légale	Etienne MARTIN
Hygiène	COURMONT (P.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	X.
Pharmacie	LEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT Léon
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.
GARIN
TRILLAT
SARVONAT
FLORENCE (G.)
ROCHAIX

MM.
CORDIER (V.)
ROUBIER
FAVRE
BONNET
RHENTER
MAZEL

MM.
SANTY
DUNET
CHALIER André
CHALIER Joseph
NOEL



M. BAYLE, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VILLARD, Président ; TAVERNIER, Assesseur.

MM. ROUBIER et CHALIER J., Agrégés,

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A Mon Père et à Ma Mère

*faible témoignage de ma
profonde reconnaissance.*

A Mes Frères et Sœurs

A mes Amis

A Mes Maîtres des Hôpitaux

Externat.

M. le D^r X. Delore

M. le D^r Desgouttes

M. le Prof. Nicolas

M. le Prof. agrégé Tavernier

M. le D^r Gonnet

Accoucheur des Hôpitaux.

M. le D^r L. Bouchut

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

A MES JUGES

laquelle il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous remercions également les Maîtres qui nous ont fait l'honneur d'être nos juges.

Que notre frère le **Docteur Louis Vignes** trouve ici l'expression de notre gratitude pour l'affection qu'il nous a toujours témoignée au cours de nos études.

Historique

L'historique de la pelvi-péritonite tuberculeuse à forme tumorale n'est pas très riche, peu d'auteurs s'en sont occupés en particulier.

C'est à *Bernutz* que revient le mérite d'avoir trouvé que la pelvi-péritonite en général est assez fréquente, avant lui on considérait cette affection comme exceptionnelle, et à plus forte raison on n'avait jamais songé à la possibilité de la tuberculisation du péritoine pelvien.

La première histoire dogmatique de la pelvi-péritonite tuberculeuse remonte à 1855, elle est due à *Bernutz et Goupil* qui en font une étude si complète qu'on y a très peu ajouté depuis (*Bernutz et Goupil. Clin. méd. sur les maladies des femmes, Paris 1862, p. 325*).

La question reste dans l'ombre jusqu'à *Spencer Wells*, ce Chirurgien, en 1862, opéra une malade de 22 ans, chez laquelle il avait porté le diagnostic de kyste de l'ovaire ; l'opération révéla une pelvi-péritonite tuberculeuse à forme tumorale ; il referma le ventre après avoir évacué le liquide. La malade guérit et on la perdit de vue en 1881 (19 ans après l'intervention), date à laquelle son état était excellent.

Quelques années plus tard, en 1865, *Brouardel*, dans sa thèse sur la tuberculisation des organes génitaux de la femme, parle incidemment de la pelvi-péritonite tuberculeuse, mais il le fait d'une façon assez complète, comblant ainsi les lacunes qu'avaient laissées *Bernutz* et *Goupil*.

En 1871, *Peter* (*Gaz. des Hôp.*, 1871, p. 493) reprend la question et fait de la pelvi-péritonite tuberculeuse le sujet d'une de ses conférences.

On n'en parla plus jusqu'au mémoire de *Talamon* suggéré par un cas de pelvi-péritonite tuberculeuse enkystée, qu'il observa en 1878 chez une petite fille de 6 ans.

Un an après, *Martineau* (*France Médicale*, Paris, 1878, p. 809-811); s'occupe de la pelvi-péritonite tuberculeuse et déclare que cette affection est en rapport intime avec la métrite de même nature qu'il appelle métrite constitutionnelle spéciale.

L'année 1884 marque une date célèbre dans l'histoire de l'affection qui nous intéresse ; en effet, c'est à partir de cette époque que l'intervention chirurgicale est appliquée comme traitement de la péritonite tuberculeuse, et c'est à *Koëinig* que nous le devons.

Depuis, de nombreux auteurs ont fait d'importants travaux sur la péritonite tuberculeuse, travaux dans lesquels on trouve un assez grand nombre de pelvi-péritonites tuberculeuses à forme tumorale. Nous ne ferons qu'indiquer les principaux de ces auteurs : *Maurange* 1889, (qui cite 32 cas de pelvi-péritonite prise pour des tumeurs de l'ovaire) ; *M. Pic* 1890 ; *Mathis* 1890 ; *Elmassion* 1890 ; *Mayo Robson*, de *Prochownik*,

Chéron, Terrillon, Rosal, 1893, qui rapportent des faits précis et curieux de pelvi-péritonite tuberculeuse.

Malgré cela, les formes localisées de péritonite tuberculeuse restent peu connues. *Jalaguier* ne les cite même pas dans son article du *Traité de Chirurgie* (Duplay et Reclus).

Néanmoins *Guinard* (*Traité de Chirurgie* Le Dentu et Delbet) consacre une assez longue description à la pelvi-péritonite.

Dans le travail très intéressant de *Lauper* qui publie, avec de nombreux détails à l'appui, toute la statistique de *Kocher*, nous pouvons recueillir d'assez nombreux cas de pelvi-péritonite tuberculeuse à forme tumorale.

Nous avons trouvé dans l'intéressant travail de *M. Merry* (1907) un grand nombre d'observations sur la forme particulière de péritonite qui nous intéresse.

Depuis une dizaine d'années, peu de travaux ont été publiés sur la pelvi-péritonite tuberculeuse en particulier, nous ne pouvons citer que celui de *M. Duvergiez*; en revanche, de nombreuses recherches ont été faites sur la péritonite tuberculeuse en général et surtout sur le traitement médical de cette affection, nous en énumérons les principaux auteurs : MM. *Témoin*, de Bourges ; *Sergent*, *Bufnoir*, *Cannes*, *Cordier*, *Pic*, *Sauvé* et *Achard*.

Enfin *M. Brody*, dans sa très récente thèse, a fait une étude très documentée sur les conceptions modernes de la péritonite tuberculeuse, nous y avons puisé beaucoup de renseignements.

Etiologie

(a) AGE. — La pelvi-péritonite tuberculeuse est surtout fréquente entre 15 et 40 ans, et l'on voit nettement le nombre des cas diminuer au-dessus et au-dessous de cet âge.

La raison est la suivante : la pelvi-péritonite tuberculeuse est, dans la grande majorité des cas, *secondaire à une bacillose génitale*, et cette dernière affection survient le plus souvent pendant la période d'activité sexuelle et a pour cause : l'hyperhémie du tractus génital, un coït avec un homme atteint de bacillose des organes génitaux etc...

(b) HÉRÉDITÉ. — *L'hérédité tuberculeuse ou alcoolique* prédispose à la pelvi-péritonite tuberculeuse, nous savons que ces deux facteurs préparent souvent le terrain à la tuberculose en général et à la tuberculose génitale de la femme en particulier.

(c) MALADIES ANTERIEURES. — Un fait qu'on voit dans quelques observations, c'est la *misère matérielle ou physiologique*, causée par les maladies antérieures. Fréquemment les malades atteintes de pelvi-péritonite tuberculeuse ont été, dans leur jeunesse, frappées de rougeole, de scarlatine, de fièvre typhoïde, etc..., et surtout de chloroanémie.

Ce sont des prédisposées, des malades de moindre résistance qu'il suffira d'un rien pour infecter. Ce rien n'est pas toujours facile à mettre en évidence et fréquemment les recherches resteront infructueuses ; souvent cependant on trouve à peu près le moment ou le mode dont s'est faite l'inoculation.

Pathogénie

Nous envisagerons dans ce chapitre la voie suivie par le bacille de Koch pour arriver au péritoine pelvien.

Les mêmes discussions qui ont été engagées à propos de la grande cavité se retrouvent lorsqu'il s'agit des cas très particuliers que nous étudions ici. Plusieurs mécanismes sont possibles et peuvent être successivement envisagés.

1° Tuberculose pelvi-péritonéale par effraction

Pratiquement *cette pathogénie est inadmissible*, et on ne connaît pas de cas probant où le péritoine ait été tuberculisé par le fait d'une ponction ou d'une plaie abdominale.

2° Tuberculose pelvi-péritonéale par voie sanguine

Il n'est pas impossible de supposer que dans certains cas, une poussée de bacillémie tuberculeuse puisse aboutir à une localisation des lésions sur le péritoine sans intervention d'autres mécanismes ; c'est ainsi que les choses se passent dans la granulie et la germination des granulations péritonéales ainsi que l'ascite qui en résulte ne reconnaissent pas d'autres causes. Mais cette conception des faits cadre mal avec ce que nous savons

de la bénignité relative de la pelvi-péritonite tuberculeuse localisée et de l'absence de processus granulique généralisé chez ces malades.

Aussi la théorie de *l'infection par voie sanguine n'est-elle guère soutenable dans les cas que nous étudions ici*, et doit-elle être réservée aux péritonites aiguë ou subaiguë qui constituent, soit un épisode au cours d'une granulie généralisée, soit la conséquence d'une localisation élective des granulations sur la séreuse abdominale.

Néanmoins Merry fait remarquer que dans quelques cas où les lésions généralisées partout marquent seulement une prédominance au niveau de certains points, et donnent l'aspect de grosse tumeur, on peut à la rigueur admettre la possibilité de l'infection sanguine.

3  **Tuberculose pelvi-péritonéale par voie lymphatique**

L  encore il s'agit d'un *mécanisme pathogénique qui nous paraît impuissant à expliquer la production des tumeurs pelviennes péritonitiques tuberculeuses*. Si certaines formes de péritonite ascitique reconnaissent ce mode de production, les voies lymphatiques transdiaphragmatiques apportant l'infection des plèvres au péritoine, nous ne nous rallions pas à cette manière de voir en ce qui concerne la pelvi-péritonite tuberculeuse à forme tumorale.

4  **Tuberculose pelvi-péritonéale par propagation**

C'est là le *mécanisme de beaucoup le plus fréquent*, la péritonite est alors un phénomène secondaire à l'atteinte primitive d'un viscère pelvien ou abdomino-pel-

vien qui peut être suivant le cas une lésion du *tube digestif*, (caecum, appendice, colon iléo-pelvien) et plus souvent encore *une atteinte génitale*.

(a) LE POINT DE DEPART INTESTINAL *est assez rare* en ce qui concerne la pelvi-péritonite tuberculeuse localisée et il a contre lui ce fait que cliniquement l'entérite tuberculeuse ou la sténose tuberculeuse du tractus digestif sont d'observation exceptionnelle au cours de ces formes de péritonite tuberculeuse. On peut, il est vrai, supposer que le bacille de Koch traverse les parois intestinales sans y laisser de traces et peut de là aller inoculer la séreuse, *Dobroklensky* a pu ainsi réaliser des tuberculoses du péritoine en faisant ingérer à des animaux des produits tuberculeux, et il constata après les avoir sacrifiés que l'intestin était indemne. On peut donc admettre que si la porte d'entrée intestinale peut être invoquée avec vraisemblance lorsqu'il s'agit de certaines formes entéro-péritonéales ou d'adénopathie tuberculeuse du mésentère (carreau), en revanche dans les péritonites ascitiques, et à plus forte raison dans les cas à localisation pelvienne que nous étudions, elle *ne paraît répondre qu'à un nombre de faits extrêmement restreints*.

(b) Dans des *cas très rares* eux aussi, on a pu faire la preuve d'un point de DÉPART OSSEUX OU ARTICULAIRE, c'est ainsi que *Lannelongue* signale la pelvi-péritonite tuberculeuse comme complication possible de la coxalgie ; dans ces conditions il s'agit d'un abcès cotyloïdien qui inocule secondairement la séreuse pelvienne.

(c) En réalité il semble bien que ce soit par L'INTERMÉDIAIRE DES LÉSIONS GÉNITALES PRIMITIVES, qu'il faille

expliquer *l'immense majorité des pelvi-péritonites tuberculeuses*. Comme le dit Guinard, dans le traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet « l'inoculation de la séreuse par les organes génitaux internes de la femme est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'avait pensé. En tout cas l'existence de la pelvi-péritonite tuberculeuse à point de départ génital ne saurait être mise en doute ».

Enfin Bouilly a bien montré que la maladie désignée jusqu'ici sous le nom *d'ascite essentielle des jeunes filles*, a presque toujours pour origine une tuberculose localisée aux ovaires, aux trompes, puis au péritoine du petit bassin.

D'innombrables travaux ont été publiés sur cette question des rapports entre la tuberculose génitale et la péritonite tuberculeuse, entre autres la thèse de Brouardel qui mit la question au point dès 1865, puis la thèse de Hemey 1866, Vermeil 1880 et la question fut mise à l'ordre du jour au Congrès de Chirurgie de 1889 ; en 1890, M. Pic, dans sa thèse, consacre un chapitre à la tuberculose génitale et après avoir cité 23 observations de cette affection, il constate toujours que dans ce cas le péritoine est plus ou moins atteint. Bouilly, en 1893, puis en 1896, attira l'attention sur la pathogénie exacte de l'ascite essentielle et montra qu'elle a presque toujours comme origine une *tuberculose localisée aux ovaires, aux trompes, puis au péritoine du petit bassin*.

Signalons enfin, les thèses de Mlle Gorovitz, de Dervaux, Cousyn, Leuret.

Il ressort donc de tous ces travaux qu'à la base de *l'immense majorité des péritonites tuberculeuses de la*

femme, il y a des lésions tuberculeuses du tractus génital. Celles-ci ont été vérifiées lors des interventions, et elles se présentaient sous forme de tubercules ou de granulations situés dans le parois tubaires ou dans les ovaires. D'ailleurs ces lésions, tout en étant les véritables responsables des réactions de la séreuse, restent au deuxième plan du tableau clinique et ne paraissent pas évoluer pour leur propre compte. C'est là précisément ce qui distingue la pelvi-péritonite tuberculeuse à point de départ génital de la salpingo-ovarite tuberculeuse proprement dite. Dans celle-ci la lésion génitale est tout, le retentissement péritonéal n'est qu'accessoire.

Et ce qui prouve précisément la prédominance de la péritonite sur la tuberculose génitale dans les cas que nous avons envisagés, c'est la curabilité même de cette péritonite. Les tubercules des trompes et des ovaires sont trop peu étendus pour justifier une intervention chirurgicale, et sont susceptibles de guérir *spontanément* ou du moins de ne pas évoluer.

Au contraire dans la véritable salpingite tuberculeuse, il est rare que la guérison puisse être obtenue sans intervention.

Ce mode d'infection du péritoine par l'intermédiaire de la trompe, de l'ovaire et même de l'utérus nous paraît donc le plus vraisemblable, mais il convient de signaler l'opinion de certains auteurs, (A. Martin, Mlle Gorovitz), d'après laquelle *la lésion génitale pourrait être secondaire à la lésion péritonéale*, la séreuse ayant été primitivement inoculée soit par voie sanguine, soit par l'intestin. Dervaux, cité par Leuret, rapporte le cas d'une jeune fille de 21ans, atteinte de péri-

tonite tuberculeuse secondaire à une ulcération iléo-caecale. Le cul-de-sac de Douglas était rempli de détritux purulents et l'extrémité des deux trompes prolabées dans ce cul-de-sac baignait dans ce magma. Jusqu'au point où elles étaient immergées, ces deux trompes étaient tuberculeuses.

L'inoculation s'était faite évidemment par contact, par une sorte d'aspiration des produits du cul-de-sac.

A vrai dire cette précession de la tuberculose péritonéale par rapport à la tuberculose génitale nous *paraît* devoir être *exceptionnelle*.

Anatomie Pathologique

Dans l'exposé du substratum anatomo-pathologique qui est à la base de la pelvi-péritonite tuberculeuse à forme tumorale, nous serons guidé surtout par des descriptions antérieures car nous n'avons pas eu l'occasion de faire opérer nos malades et nous avons toujours obtenu la guérison par un traitement purement médical.

Il convient d'étudier d'une part la tumeur péritonitique elle-même,, d'autre part son évolution anatomique et enfin, les lésions associées.

Tumeur Péritonitique

(a) Tumeur Solide

A l'intervention, après rupture de quelques adhérences on tombe sur une masse qui remplit le cul-de-sac recto-vaginal ; quant à la limite supérieure de cette tumeur elle est très variable ; rarement elle affleure le détroit supérieur sans le dépasser ; le plus souvent elle se prolonge dans la fosse iliaque soit à gauche, soit à droite ; quelquefois, il y a prolongation de la tumeur des deux côtés, on se trouve alors en présence d'un croissant à concavité dirigée en haut.

Le plus souvent on a affaire à de véritables tumeurs solides constituées par l'agglutination d'anses intestinales, des annexes et la formation d'exsudats ou de fausses membranes plus ou moins épaisses.

Tantôt cette péritonite tuberculeuse adhésive est purement fibreuse ou fibrineuse, tantôt elle revêt un aspect fibro-caséux en raison de l'existence au milieu des exsudats de formations caséuses.

Nous ne ferons pas l'*étude histologique* de ces lésions, qui permet de constater les lésions banales de la tuberculose péritonéale : épaissement de la séreuse, exsudats en voie d'organisation conjonctive, follicules tuberculeux avec cellules épithélioïdes et cellules géantes ; parfois nécrose caséuse et enfin constatation du bacille de Koch sur les coupes.

A l'intérieur de ces magma fibreux ou fibrocaséux, on trouve les viscères plus ou moins gênés dans leur fonctionnement, les anses du grêle ou le colon sigmoïde sont emprisonnés dans une véritable gangue, et on s'explique ainsi la fréquence chez ces malades de troubles intestinaux, mais il est bon de rappeler que les altérations tuberculeuses se limitent à la séreuse et à la sous-séreuse intestinale, et qu'il n'y a jamais d'ulcération de la muqueuse intestinale proprement dite.

De même au sein de ces gâteaux péritonéaux, l'ovaire et la trompe d'un côté ou des deux côtés à la fois sont emprisonnés, ils sont épaissis et le plus souvent présentent à la coupe quelques granulations tuberculeuses ; ce fait est à retenir, et nous y reviendrons à propos de la pathogénie de la pelvi-péritonite tuberculeuse à forme tumorale.

(b) **Tumeur Liquide**

A côté de ces observations, où la tumeur est constituée par des gâteaux péritonéaux solides, il nous faut parler des poches à contenu liquide qui peuvent réaliser un tableau clinique analogue.

Tantôt il s'agit d'une collection séreuse limitée de toutes parts par des adhérences qui l'isolent du grand péritoine; on a là, une véritable collection séreuse limitée, à l'intérieur de laquelle des cloisonnements et des brides peuvent déterminer une série de compartiments multiples et irréguliers.

D'autres fois on a affaire à un véritable abcès indépendant, lui aussi, de la grande cavité péritonéale, et c'est ainsi que dans l'observation 1, où on avait porté le diagnostic d'hématocèle, la colpotomie donna issue à un véritable abcès froid tuberculeux.

(c) **Tumeur Fantôme**

Enfin, dans des circonstances exceptionnelles on peut concevoir qu'une anse intestinale dilatée au cours d'une crise d'occlusion passagère puisse, dans certaines péritonites pelviennes adhésives, créer une sorte de tumeur fantôme s'évanouissant lorsque cesse la crise d'occlusion.

Évolution Anatomique

Quel que soit le type anatomo-pathologique, l'évolution des lésions se fait dans l'immense majorité des cas *vers la résorption*, c'est la seule façon d'interpréter la disparition surprenante en un temps plus ou moins

long de ces masses vraiment impressionnantes par leur consistance et leur volume.

On conçoit fort bien qu'une ascite cloisonnée se résorbe sans laisser de traces.

Cette éventualité se conçoit déjà moins bien quand il s'agit d'abcès enkysté, mais elle est encore plus surprenante en ce qui concerne les gâteaux fibro-caséux que nous avons vu être le substratum anatomique le plus fréquent de cette forme clinique.

Néanmoins on connaît dans la péritonite généralisée fibro-caséuse la variabilité de ces masses intra-abdominales qui, nettement perçues un certain jour, disparaissent pour renaître ailleurs et donner ainsi l'impression de se déplacer dans l'abdomen.

Il est probable que le développement et la résorption des exsudats se fait au niveau du péritoine avec la plus grande facilité et que cette séreuse possède vis-à-vis des formations bacillaires un pouvoir à la fois créateur et destructeur particulièrement intense.

Cette évolution vers la disparition de la tumeur péritonitique peut entraîner des *sequelles anatomiques*, qui sont la rançon de la cicatrice fibreuse de guérison, des brides peuvent se constituer qui étranglent les anses et peuvent entraîner plus tard des accidents d'occlusion.

Chez d'autres malades, la marche du processus se fait dans un sens un peu différent. *La grande cavité péritonéale peut être envahie* à son tour, soit par éruption brusque d'une collection qui rompt ses adhérences protectrices, soit par la simple diffusion des phénomènes inflammatoires et exsudatifs.

Enfin, dans les cas moins favorables on conçoit qu'il

puisse y avoir, à un moment donné, *ouverture d'une collection liquide*, d'un abcès le plus souvent dans un viscère, ou à la peau avec fistulisation consécutive, mais dans les formes localisées qui font l'objet de notre étude, cette éventualité ne se réalise qu'exceptionnellement.

Lesions Associées

Nous serons brefs sur la description de ces lésions associées, qui comprend l'étude de la grande cavité séreuse péritonéale, des organes abdominaux et de tous les autres viscères.

Le péritoine présente parfois à distance un peu d'ascite, quelques fausses membranes, ou même des granulations tuberculeuses, mais son intégrité relative fait partie du tableau anatomo-pathologique des formes localisées.

Les ganglions lymphatiques, qu'il s'agisse des ganglions mésentériques ou des groupes iliaques et présacrés, sont le siège d'une hypertrophie inflammatoire de même qu'une fonte caséuse.

Les annexes, nous l'avons vu, participent très fréquemment à l'inflammation, mais les lésions spécifiques que l'on peut y trouver restent, malgré tout, limitées et ne sauraient être comparées au point de vue de leur importance aux lésions péritonéales.

Signalons aussi la possibilité d'*inflammation pleurale* (pleurésie exsudative ou adhésive); *pulmonaire* (tubercules souvent crétacés et non évolutifs), *ganglionnaire et autres*.

Étude Clinique

Malgré certaines différences de détails qui séparent nos observations et celles des auteurs il est permis de tracer une description d'ensemble de ces formes pelviennes de la péritonite tuberculeuse localisée.

Début. — En général le début en est insidieux, rarement il s'annonce par des manifestations brutales telles que : violentes douleurs abdominales ou une crise d'occlusion.

Si on excepte les signes de tuberculisation antérieure du sujet que nous avons étudiés dans le chapitre d'étiologie, *les premiers symptômes de la maladie péritonéale sont généralement flous et apparaissent peu à peu.*

Il s'agit souvent de légères douleurs abdominales : sensation de pesanteur plus ou moins pénible, de tiraillements qu'accompagnent souvent des troubles digestifs.

Les douleurs péri-ombilicales sont notées dans 5 des cas de Lauper. D'une façon générale Merry souligne qu'elles ne durent pas continuellement, qu'elles surviennent ordinairement par crises avec paroxysme, tantôt à la suite d'un repas, tantôt à la suite d'une fatigue.

Les troubles digestifs sont divers et sans caractère précis, il peut s'agir d'une dyspepsie vague que la malade attribue à une lésion gastrique, plus souvent d'un certain degré de constipation (5 fois dans la statistique de Kocher, cas de Prochownik, de Gelpke) alternant chez certaines avec des périodes de constipation.

Il est bon de reconnaître que cette diarrhée n'a d'ailleurs pas l'intensité, la persistance et le caractère hémorragique de la diarrhée des entérites ulcéreuses.

Elle est signalée dans l'observation 3 et s'accompagnait alors de glaires blanchâtres jetées sur les matières.

Dans certains cas (Rosal, Lauper) on note des troubles vésicaux traduisant l'irritation du péritoine péri-vésical : cystite, pollakiurie, faux besoins ; mais parmi toutes ces manifestations de la période initiale, sans contester CE SONT LES TROUBLES GÉNITAUX QUI OCCUPENT LA PREMIÈRE PLACE.

À ce propos il est bon de souligner que ces troubles des fonctions utéro-ovariennes ne revêtent jamais la prépondérance et l'intensité qui caractérisent les formes banales de la tuberculose génitale, mais il n'en est pas moins vrai que dans de nombreuses observations on trouve rapportées des irrégularités menstruelles, de la *dysménorrhée* douloureuse, de l'*oligoménorrhée*, de l'*aménorrhée*. Brody pose en principe que toute jeune fille ou jeune femme qui cesse de voir ses règles pendant plus de 2 mois, en dehors de la grossesse, et en dehors d'une maladie constitutionnelle grave, doit être soupçonnée atteinte d'une lésion pelvienne. D'autres fois il peut s'agir de véritables *métrorrhagies* qui chez certaines malades font faire le diagnostic d'avortement

ou de grossesse extra-utérine.

En tout cas ces troubles sont presque toujours transitoires, ils appartiennent en propre à la période initiale du processus, mais on les voit s'atténuer et même disparaître lorsque l'affection en arrive à la période d'état. Tout se passe comme si les manifestations génitales ajoutaient au tableau clinique une note transitoire et cédaient ultérieurement la place aux symptômes péritonéaux qui deviennent alors prédominants.

Parallèlement à ces phénomènes fonctionnels évoluent *les troubles généraux* : la malade maigrit, perd l'appétit, se fatigue aisément, le soir elle transpire abondamment et sa température dessine de petites exacerbations vespérales, s'élevant rarement très haut.

Période d'état

Au bout d'un certain temps, variable selon le cas, les signes se précisent et la malade entre dans la période d'état de son affection.

A ce moment la scène fonctionnelle s'est parfois modifiée. Les douleurs abdominales à siège nettement pelvien, sont plus vives. Elles reconnaissent pour cause le développement de la tumeur intrapelvienne, que nous allons étudier, et elles sont susceptibles de s'accompagner de troubles de compression, tels que gêne de la miction, gêne de la défécation, rectite.

Enfin, des vomissements ont pu apparaître.

L'état général s'est, lui aussi, franchement modifié, la fièvre est le premier symptôme qu'accusent ces sujets, elle est de type variable, il est rare qu'elle soit élevée, et consiste en une pyrexie oscillante atteignant le soir

de 38° à 38°5, et dont chaque clocher s'accompagne de frissons et de sueurs.

Cette température oscillante, que nous relevons chez plusieurs de nos malades, impressionne parfois défavorablement le clinicien et le conduit à porter un fâcheux pronostic.

Mais il est bon d'ajouter que, quel que soit le degré de la température, l'état général est relativement peu touché, l'amaigrissement, quoique net, n'atteint jamais un degré très inquiétant et ces malades ne donnent pas, en général, l'impression de cachexie, qui frappe à l'examen de certaines péritonites tuberculeuses de la grande cavité.

En réalité, ce sont les SIGNES PHYSIQUES QUI CONFÈRENT A CES PÉRITONITES LOCALISÉES PELVIENNES UNE ORIGINALITÉ CLINIQUE HORS DE CONTESTE.

Les signes physiques que donnent les tumeurs pelvipéritonitiques tuberculeuses sont faciles à percevoir, mais il s'agit de savoir les interpréter.

A la palpation de l'abdomen il faudra toujours ajouter un *toucher vaginal et rectal*, qui donnera des renseignements très importants. Au lieu d'exposer les signes objectifs d'une façon analytique, nous croyons préférable de les grouper selon un certain nombre de types cliniques, dont chacun est susceptible de conduire à certaines erreurs de diagnostic.

Nous envisageons donc successivement :

- 1° Les formes simulant le kyste de l'ovaire;
- 2° Les formes simulant le pyosalpinx et la salpingite;
- 3° Les formes simulant l'hématocèle ;
- 4° Les formes simulant le fibrome ;

5° Les formes simulant des affections diverses.

1° **Forme simulant le Kyste de l'Ovaire**

Ce sont de beaucoup les plus fréquentes, ce fut le diagnostic porté dans 10 observations. Généralement on a affaire à une volumineuse tumeur perceptible par la palpation du ventre; elle est médiane, mate à sa partie centrale, laissant, au contraire, de la sonorité dans les flancs. En bas elle plonge dans le pelvis, bombe plus ou moins dans les culs-de-sac, immobilisant parfois l'utérus. Il est possible que les mouvements imprimés à cette masse abdominale se transmettent assez facilement à l'utérus, comme on peut le constater par le toucher et le palper combinés.

En somme, la ressemblance peut être frappante entre un kyste de l'ovaire et l'une des formes localisées pelviennes.

Spencer Wells commit une confusion de cet ordre confusion qui le conduisit à des déductions thérapeutiques retentissantes.

Néanmoins, malgré les similitudes apparentes, il peut y avoir certains indices de probabilité qui permettent de trancher le diagnostic. C'est ainsi que ces tumeurs péritonitiques peuvent avoir des *contours peu nets, peuvent être flanquées sur l'une de leurs faces latérales de tumeurs secondaires* moins volumineuses. Leurs contours sont souvent indécis, assez variables, et au niveau de leur implantation pelvienne on a parfois l'impression qu'elles s'étalent et qu'à ce niveau se laissent percevoir des gâteaux à limites imprécises.

Il est des cas où ces tumeurs sont merveilleusement

mobiles, et de Prochownik en rapporte un où la malade s'apercevait elle-même d'une tumeur de la fosse iliaque droite et pouvait la déplacer jusque vers l'ombilic, mais, du reste, ces déplacements s'accompagnent des plus vives douleurs.

Un des signes importants sur lequel nous nous basons pour ne pas commettre d'erreur, consiste dans *la forme de matité, sa limite supérieure est concave pour la péritonite tuberculeuse et convexe pour le kyste de l'ovaire.*

Pourtant ce signe n'est pas constant, certaines poches péritonitiques tuberculeuses ont leur ligne de matité concave et dirigée en bas. C'est ainsi que dans un cas de Lauper, obs. 44, p. 186, on sentait sur la ligne médiane une masse ronde très sensible à la pression.

Quelquefois on porte le diagnostic de SARCOMÉ DE L'OVAIRE quand la tumeur coexiste avec les signes suivants : perte d'appétit, alternative de diarrhée et de constipation, amaigrissement, perte de force rapide, ascite.

L'erreur a été commise fréquemment, nous citons un cas de Kocher.

Tous ces caractères différentiels n'ont, bien entendu, rien d'absolu, *l'évolution seule est un critère de certitude* et on s'explique de nombreuses erreurs de diagnostic, même de la part de cliniciens les plus avertis.

2° **Formes simulant le Pyosalpinx et la Salpingite kystique**

Dans certains cas la tumeur est plus profondément pelvienne, enchassée dans un des culs-de-sac et de situation assez nettement latérale. Dans une observation per-

sonnelle de Merry, obs. 18, il s'agissait d'une femme qui souffrait du ventre depuis plus d'un an et chez qui on trouve dans les culs-de-sac, deux grosses masses saillantes et douloureuses dont l'une donnait l'impression d'une tumeur grosse comme une mandarine, se prolongeant dans le cul-de-sac postérieur. On fit le diagnostic de pyosalpinx d'autant que la malade avait une histoire génitale, suite de fausse-couche, et qu'elle avait eu au début un état péritonitique aigu.

Les cas analogues où l'on songe à un pyosalpinx ou à un hydrosalpinx et qui se révèlent à l'intervention comme des tumeurs péritonitiques sont légion. Nous en avons recueilli 4 observations dont l'allure symptomatique est assez exactement superposable. Merry fait remarquer après d'autres auteurs, que ces masses intrapelviennes sont fréquemment unilatérales, *qu'elles sont adhérentes à l'utérus et mobilisables avec lui.*

Si nous insistons sur ce diagnostic, c'est qu'il importe de ne pas confondre *ces fausses salpingites dues à des lésions uniquement péritonéales*, avec la salpingite tuberculeuse proprement dite (pyosalpinx, hydrosalpinx) qui comporte une altération prédominant sur les organes génitaux avec légère réaction péritonéale et qui a conduit à des indications thérapeutiques différentes.

3° Les formes simulant l'hématocèle

Dans certains cas et pour des raisons analogues à celles signalées plus haut, on fit le diagnostic d'hématocèle, fortifié par la concomitance de troubles menstruels que nous avons notés ci-dessus.

Dans les observations 1, 20, 21 il en était ainsi.

4° **Forme simulant le fibrome**

Chez certaines malades on a tout à fait la symptomatologie objective du *fibrome utérin* ; la tumeur est si dure, si bosselée, si franchement médiane et paraît si bien faire corps avec l'utérus que l'on s'oriente immédiatement vers une tumeur propre de cet organe.

M. Bégouin, en particulier, signale que très souvent il a eu, dans des circonstances analogues, l'impression erronée d'un fibrome. Chez deux de nos malades, (obs. 1, 2,) le chirurgien fit, sans hésiter, le diagnostic de fibrome et conseilla l'intervention.

Là encore c'est l'évolution ultérieure de la tumeur qui va lever tous les doutes et rectifier cette erreur de diagnostic.

5° **Forme simulant des tumeurs diverses**

Nous trouvons enfin signalé dans un certain nombre d'observations toute une série de causes d'erreur.

Dans l'observation 25 on pense à une *tumeur para-utérine* de nature imprécise.

Dans le cas de Prochownik rapporté par Elmassian, obs. 24, la tumeur péritonitique présentait les caractères d'un *utérus gravis* au 5° ou 6° mois, mais accompagnée d'un peu d'ascite.

Dans un autre cas, on a songé à un *cancer intestinal*, hypothèse qui paraissait d'autant plus légitime qu'il s'était produit des crises d'obstruction assez sérieuses. A l'intervention on trouva une péritonite tuberculeuse avec agglutination des anses intestinales (de Prochownik).

Ailleurs on a affaire à de *grosses tumeurs en croissant*

qui se prolongent dans la fosse iliaque, ou à *des formes en cône* à sommet supérieur, ou à *deux tumeurs distinctes* l'une de l'autre et de situation variable.

Parfois même on trouve *deux zones mates dans les flancs avec une tumeur centrale* (Merry).

Ainsi le polymorphisme de ces tumeurs pelviennes péritonitiques, la variabilité de leurs contours, de leurs dimensions et de leur situation constituent un de leurs caractères le meilleur et servent, par cela même, à en faire le diagnostic.

On attachera aussi une certaine importance au fait qu'elles sont souvent douloureuses à la palpation et à la percussion et la constatation d'un léger *épanchement ascitique* dans les flancs revêtira, bien entendu, une haute valeur diagnostique.

Plus d'ailleurs que les caractères intrinsèques de ces syndromes, *l'étude du contexte clinique* sera d'un précieux secours pour arriver à les rattacher à leur cause tuberculeuse.

Sans parler des antécédents et du terrain sur lequel elles se développent, leur mode de début, leur coexistence avec un état fébrile seront d'utiles appoints pour le diagnostic. On ne manquera pas d'explorer minutieusement les plèvres, d'y rechercher un épanchement uni ou bilatéral ou tout au moins les séquelles stéthoscopiques ou radioscopiques, d'une atteinte pleurale antérieure. On se souviendra de la loi de Godelier d'après laquelle l'atteinte péritonéale est souvent précédée d'une atteinte pleurale ou inversement. On recherchera aussi l'existence de lésions pulmonaires qui à la vérité sont exceptionnelles dans la forme de péritonite

tuberculeuse que nous étudions et qu'en tout cas n'existent que sous forme d'altération torpide ancienne, peu évolutive.

Enfin, on attachera une certaine importance à une fièvre anormalement élevée, oscillante, qu'expliquent insuffisamment les manifestations locales et qu'accompagnent enfin une conservation relative mais pas constante, il est vrai, de l'état général.

De la sorte *il est possible dans certains cas, de faire le diagnostic exact*, et c'est ainsi que chez trois des malades du docteur Bouchut on fut en mesure de décider à surseoir à l'intervention chirurgicale. (Obs. 2, 3, 5.)

L'évolution ultérieure confirma le bien fondé du diagnostic de pelvi-péritonite tuberculeuse.

Evolution

C'est en effet *l'évolution qui constitue pour ces tumeurs un des meilleurs critères du diagnostic différentiel*. D'une façon générale, la maladie évolue de façon favorable, lorsqu'on suit la malade au jour le jour on voit peu à peu la tumeur d'abord très nette et bien limitée devenir plus floue, ses contours s'estomper, si bien qu'au bout d'un certain temps on est surpris de trouver soit à la palpation soit au toucher un abdomen et un bassin devenus à peu près complètement libres.

Cet évanouissement de la tumeur demande, en général, plusieurs semaines pour s'accomplir. En même temps la fièvre s'apaise progressivement, les forces reviennent et la courbe de poids réascensionne.

Les examens que l'on a alors l'occasion de pratiquer sur la malade indiquent le retour à un état de santé sa-

tisfaisant, en particulier les fonctions génitales redeviennent parfaitement normales et les règles réapparaissent.

Les choses ne se passent pas toujours aussi simplement. Au cours de cette période de résolution, le péritoine pelvien peut être le siège de retours offensifs. Chez une de nos malades (obs. 3), après avoir assisté dans une première période à la disparition d'une masse très dure et médiane qui en avait imposé pendant quelque temps pour un fibrome, on vit dans une deuxième phase la température s'élever à nouveau. A ce moment, apparut alors une autre tumeur beaucoup plus volumineuse, très différente de la précédente par ses contours plus estompés, et sa consistance plus élastique et qui fut certainement une ascite cloisonnée. Ultérieurement, cette tumeur se résorba à son tour et la malade guérit complètement.

D'autres fois la maladie prend sur son décours une allure un peu différente, la tumeur péritonitique s'efface mais en même temps les flancs qui, jusqu'alors avaient été sonores deviennent franchement mats, le flot abdominal se laisse percevoir et l'on a ainsi dans cette ascite tardive et le plus souvent d'abondance modérée la signature du véritable diagnostic.

Somme toute, l'impression qui se dégage de l'évolution générale de ces tumeurs péritonitiques *est plutôt favorable*. Si la guérison demande parfois de longs mois pour s'établir, en définitive, on peut espérer que dans l'immense majorité des cas les suites immédiates de cette lésion péritonéale porteront une heureuse issue.

Néanmoins, il faut avouer qu'à côté de ces cas favorables il en est certains dont l'évolution *peut se faire dans un sens fâcheux*. Dans certains cas, la mort est survenue rapidement, elle se produit par une tuberculose pulmonaire, accompagnée d'aggravation de l'état général, avec élévation de la température, sueurs nocturnes, diarrhée fétide, bref, les signes de résorption toxique.

En somme, l'évolution mortelle est relativement rare, il y a 20 guérisons sur 29 cas de la statistique de Merry, soit 68 % de guérison.

On a pu exceptionnellement assister à des *complications locales* plus ou moins graves, œdème persistant des membres inférieurs (Marfan), névralgies sciatiques tenaces, dysurie et cystite, fixation de l'utérus en position vicieuse, mais tous ces faits ne sauraient pratiquement entrer en ligne de compte dans l'appréciation du pronostic de la maladie.

En ce qui concerne les suites éloignées, les mêmes réserves doivent être formulées ici qui s'appliquent déjà à l'avenir lointain de toute péritonite tuberculeuse.

Bien entendu ces malades, quoique guéries en apparence, sont exposées à de nouvelles atteintes de tuberculose, soit de leur séreuse péritonéale, soit de leurs plèvres, soit de leurs poumons. Elles peuvent aussi présenter plus tard une tuberculose génitale proprement dite qui ne sera que le réveil lointain et cette fois évoluant pour son propre compte de la petite lésion génitale qui avait amorcé antérieurement l'infection du péritoine.

EN RÉSUMÉ on peut conclure que ces tumeurs péritonitiques tuberculeuses réalisent *un tableau clinique souvent complexe* où des signes d'inflammation péritonéale

s'enchevêtrent avec les signes objectifs d'une tumeur pelvienne ; que *fréquemment des erreurs de diagnostic* pourront en résulter (la confusion se faisant le plus fréquemment avec un kyste de l'ovaire, un pyosalpinx, une hématoçèle, un fibrome), et que *c'est surtout l'évolution* plus ou moins rapide vers la disparition de la tumeur qui caractérise cette forme particulière de péritonite tuberculeuse.

Traitement

Dans l'évolution des idées sur le traitement de la pelvi-péritonite tuberculeuse se sont succédé trois périodes :

1° Une période de quasi-nihilisme thérapeutique antérieure à 1862 ;

2° Une période exclusivement chirurgicale au fur et à mesure des progrès de l'asepsie ;

3° Une période qui commence en 1890 avec PONCET et ses élèves, période médicochirurgicale où les opinions sont des plus contradictoires.

En effet, pour sa très récente thèse, M. BRODY fit une enquête auprès des auteurs français et étrangers sur la valeur comparée du traitement médical et chirurgical dans la péritonite tuberculeuse. Il ressort de cette enquête, *qu'il y a autant d'opinions que de praticiens*.

Par exemple, certains disent : « Qu'on ne fait pas assez souvent la laparotomie, et qu'aucun traitement ne peut lui être comparé par l'excellence des résultats » ; d'autres, au contraire, nous apprennent que « personne n'en parle plus, et que les résultats sont déplorables ».

Certains chirurgiens parlent « des graves méfaits de

l'intervention dans certaines formes, intervention qu'ils ne pratiquent pas, la considérant comme extrêmement dangereuse », tandis que d'autres préconisent « la laparotomie dans tous les cas, toutes les formes et à toutes les périodes de la maladie sans exception ». Des nombreuses réponses reçues par M. Brody on remarque que *deux procédés thérapeutiques rallient le plus grand nombre de suffrages: LA LAPAROTOMIE d'une part, d'autre part l'HÉLIOTHÉRAPIE supplée ou complétée par les R. U. V.* Nous énumérons la classification des opinions faite par M. Brody.

1° *La laparotomie paraît indiquée dans la plupart des cas.*

MM. Delore, Dumarest, J.-L. Faure ;

2° *La laparotomie est utile, toujours ou très souvent, mais en y associant l'héliothérapie à ventre ouvert.*

MM. Bufnoir, Caussade, Témoin.

3° *La laparotomie est nécessaire dans certaines formes anatomiques particulières.*

MM. Léo, Lœper, Sardou.

4° *La laparotomie est indiquée en cas de lésions annexielles associées.*

MM. Léon Bérard, Brindeau, Cunéo, de Jong, Vignard.

5° *La laparotomie n'est nécessaire qu'en cas de complication (occlusion).*

MM. Forest, Solomon.

6° *La laparotomie est indiquée dans les formes ascitiques.*

MM. Alglave, Léon Bérard, Brindeau, Cade, Gouilloud, Hartmann, Jeannesey, Lecène, Lefort, Leriche, Pellanda, Sergent.

a) Elle est discutable dans les autres formes :

MM. Bérard, Brindeau, Cade, Gouilloud, Hartmann, Jeannesey, Lecène, Lefort, Leriche, Pech, Sergent.

b) Elle est dangereuse dans certaines formes (surtout fibro-caséuse).

MM. Alglave, Cunéo, Gouilloud, Marcel Labbé, Lecène, Lefort, Leriche, G. Monod, Pellanda, Saidmann, Sergent, Vignard.

7° *La laparotomie est toujours ou presque toujours inutile, ou même dangereuse, ou peut être remplacée avantageusement par l'héliothérapie.*

MM. Ameuille, Armand-Delille, Bezançon, Biancani, Brulé, Cara, Delherme, Foubert, Jaubert, de Jong, Jousset, Marcel Labbé, Laquerrière, Legueu, Léo, Lœper, Macaigne, Gérard Monod, Jules Renault, Saidmann, Sardou, Sergent, Vignard.

Traitement Chirurgical

Nous ne ferons que signaler brièvement l'intervention chirurgicale comme traitement de la pelvi-péritonite tuberculeuse à forme tumorale, car nous pensons qu'elle DOIT ÊTRE APPLIQUÉE SEULEMENT EN CAS D'URGENCE (*par exemple l'occlusion intestinale*) OU D'ÉCHEC DU TRAITEMENT MÉDICAL. On appliquera autant que possible la *méthode de Témoin*, c'est-à-dire la laparotomie sous les rayons solaires.

Il faudra en outre *instituer un traitement médical avant et après l'opération*.

A noter que presque tous les chirurgiens sont d'accord pour *rejeter l'intervention dans les formes fibro-caséuse et fibro-adhésive* de la pelvi-péritonite tuberculeuse ; ceux qui ont l'opinion contraire recommandent l'ouverture de l'abdomen, la libération des anses intestinales (opération périlleuse), l'évacuation du pus s'il y en a et l'ablation des organes génitaux, lieu de localisation de l'infection primitive.

Dans la forme *ascitique* l'intervention a beaucoup plus de partisans, le chirurgien ouvre l'abdomen, évacue le liquide, puis referme le ventre.

Dans ce dernier cas les résultats sont assez favorables, mais pourquoi intervenir avant d'essayer *le traitement médical qui donne presque toujours la guérison ?*

Beaucoup de chirurgiens semblent être d'accord pour admettre comme contre-indications de l'opération : la fièvre, un mauvais état général, une tuberculose pulmonaire avancée.

Traitement médical

Nous parlerons successivement de l'héliothérapie, des Rayons ultra-violet, des Rayons X, de la Polyradiothérapie, de la Sérothérapie, la Vaccinothérapie, et des bains de lumière électrique.

Héliothérapie

Est le traitement de choix, et les échecs de cette méthode sont rares. Elle doit être associée à une bonne alimentation, du calme, du repos et un traitement médicamenteux reconstituant (fer, arsenic, cacodylate de soude).

Nous n'entrerons pas dans les discussions théoriques sur le mode d'action des rayons solaires, nous n'envisagerons que les effets obtenus.

Cliniquement, l'action biochimique se constate facilement : l'élimination phosphaturique diminue et la malade se récalcifie, les échanges pulmonaires s'activent, l'appétit apparaît, le poids augmente, le sommeil se régularise, l'asthénie disparaît et les douleurs cessent.

La température doit être surveillée de très près, si elle s'élève chez une malade apyrétique, ou si elle persiste chez une fébricitante, il est indiqué de suspendre la cure solaire.

Dans les formes ascitiques de la pelvi-péritonite tuberculeuse le liquide diminue assez rapidement, cette diminution est quelquefois précédée d'une augmentation passagère.

Dans les formes fibro-caséuses, les contours de la masse s'estompent peu à peu, et le gâteau se résorbe progressivement.

COMMENT PRATIQUER LA CURE SOLAIRE

Avant de commencer la cure solaire, il est désirable de soumettre la malade à un entraînement progressif à la cure d'air, sans se découvrir.

Le principe dominant de l'héliothérapie est le suivant : *il faut habituer progressivement les malades au soleil, par petites doses, en tenant compte de la tolérance et des réactions individuelles de chacune.* La cure doit donc subir une gradation progressive et la durée des premières séances être différente l'été et l'hiver, suivant l'intensité du soleil. On commence par les pieds et l'on remonte graduellement.

La séance de cure la plus importante se fait le matin.

A partir du 10^e jour environ, en hiver, et du 15^e jour environ en été, la malade expose tout le corps, excepté la tête, pendant toute la durée de la cure, qui va en croissant au-delà d'une heure.

A partir de ce moment elle fait, l'après-midi, une 2^e séance d'une durée de trois quarts de celle du matin.

La malade doit être nue, entièrement couchée pendant l'exposition, elle expose alternativement la face dorsale et la face ventrale de son corps, seule la tête est toujours protégée par un chapeau de paille.

Pendant la première semaine de la cure solaire, et plus longtemps s'il y a indication, *la température rectale est prise quatre fois pendant la journée, dont une fois immédiatement avant et une autre fois immédiatement après la séance.*

Comme toutes les médiations actives, le soleil détermine au début, un accroissement passager des symptô-

mes, la malade ne doit pas s'en inquiéter.

A la cure solaire, il est bon d'associer *la cure de silence absolu* sur la chaise longue pendant deux heures tous les jours.

OU DOIVENT SE FAIRE LES CURES ?

Le docteur Monod écrit dans son travail intitulé : La tuberculose, le soleil et l'altitude. « Une station unissant les avantages de l'altitude à ceux du climat méridional, plus riche et plus tempéré en soleil que les régions élevées des Alpes, présente un intérêt spécial... La cure derrière les vitres est un non sens, la cure en chambre, devant une fenêtre ouverte est un pis aller ; la cure sur des galeries très abritées et couvertes est un stade de début et d'entraînement. La cure idéale se fait à l'air libre. Les malades arrivent non seulement à supporter mais à rechercher au soleil, du vent sur le corps nu ».

Cependant, lorsqu'il est impossible à la malade de quitter sa famille et d'aller passer de longs mois au sanatorium d'héliothérapie, LA CURE SOLAIRE PEUT SE FAIRE PARTOUT AVEC SUCCÈS ; témoin, le cas de cette femme atteinte de péritonite tuberculeuse ascitique et qui fut guérie par la cure solaire en plein cœur de Paris, après avoir subi trois fois, en vain, la laparotomie.

DURÉE DU TRAITEMENT.

Est très variable, mais en général assez longue : *de trois mois à un an*, quelquefois plus dans les cas graves. Quand on se soigne au début, la guérison est plus rapide, mais plus on tarde plus elle est lente ; bien qu'une amélioration arrive presque toujours dès la première semaine et se continue graduellement.

LE RÉSULTAT EST BON, MÊME DANS LES CAS AVANCÉS, c'est une question de temps.

ACCIDENTS.

Il peut survenir parfois : de l'érythème, des céphalées, des troubles visuels (garantir la tête et porter des lunettes) vertiges, nausées et épistaxis.

Exceptionnellement : congestion cérébrale, perte de connaissance, tachycardie, méningite aboutissant à la mort.

La continuation de la cure solaire pendant plusieurs années peut déterminer l'artériosclérose.

CONTRE-INDICATIONS

Les pulmonaires doivent être particulièrement surveillées, les accidents à craindre dans ces cas sont : la congestion et l'hémoptysie.

Si malgré toutes les précautions la température s'élève et persiste, il faut cesser le traitement.

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES : les états cachectiques ou de dégénérescence amyloïde des organes, l'hypertension, l'artériosclérose, l'âge trop avancé, les cardiopathies mal compensées, et lorsque la cure entraîne trop de lassitude.

Rayons ultra-violets

Sont un succédané de la lumière naturelle, leur action est inférieure à celle de l'héliothérapie, aussi dès que cette dernière est possible, il n'y a lieu de continuer les R. U. V. que comme adjuvants.

Cependant, les R. U. V. ont sur l'héliothérapie certains avantages matériels : ils sont à la portée de tous

les praticiens, peuvent être dosés à volonté, ne dépendent pas des conditions météorologiques, les séances sont relativement courtes et ne fatiguent pas. Ils ont aussi une influence salutaire sur l'état général.

Le *docteur Vignard*, dans sa réponse à M. Brody sur la valeur comparée de la laparotomie et du traitement médical dans la péritonite tuberculeuse écrit les lignes suivantes : « Je n'ai pas opéré depuis longtemps de péritonite tuberculeuse. J'applique, soit l'héliothérapie solaire, soit l'héliothérapie artificielle avec une lampe à vapeur de mercure de 3.000 à 6.000 bougies. J'applique le traitement à feu nu, à la distance focale de 50 centimètres, sur le ventre et les deux membres inférieurs. Les séances commencent par deux minutes et sont augmentées tous les deux jours d'une minute, mais nous ne dépassons que très rarement une heure. L'action paraît plus rapide qu'avec les rayons filtrés ».

M. Brody pense que les résultats seraient bien supérieurs si on irradiait le corps ENTIER, suivant le même principe que l'héliothérapie, c'est-à-dire d'une façon progressive.

Même dans les formes pour lesquelles les chirurgiens sont enthousiastes à opérer les R. U. V. sont très efficaces.

Le *professeur Bezançon* a vu dans son service des cas très graves de péritonite tuberculeuse améliorés par des R. U. V. qui à défaut d'héliothérapie, dit-il, est le traitement de choix.

Le *professeur Duval* fait une irradiation de 8 minutes pendant l'intervention chirurgicale dans la cavité péritonéale.

C'est un fait que tous les chirurgiens sont d'avis de faire précéder l'opération d'une cure solaire naturelle ou artificielle, soit d'irradier pendant l'intervention, soit de faire suivre cette dernière d'une cure d'hélio ou d'actinothérapie.

A signaler que les R. U. V., en dehors de leurs résultats excellents, peuvent être assez dangereux, si on ne les dose pas avec tout le soin et la connaissance voulus, car ils ont des effets destructeurs assez importants.

Rayons X

C'est *Bircher* qui le premier appliqua la radiothérapie dans la péritonite tuberculeuse, soit après laparotomie, soit sans laparotomie. Il déclare que pour les cas ayant dû subir l'intervention chirurgicale, l'irradiation est nécessaire et bienfaisante et que, pour les autres, l'application immédiate des rayons X donne de bons effets.

La statistique nous prouve que *même l'association de la laparotomie et de la roentgenthérapie ne peut pas donner les résultats de l'héliothérapie.*

Nous pensons que les Rayons X sont *dangereux*, peu efficaces et exposent à des accidents redoutables.

Polyradiolthérapie. Méthode de Saidmann

Consiste dans l'emploi de différents groupes de radiations et de longueur d'onde.

Nous parlerons tout d'abord des travaux de *M. le docteur Cordier* qui a fait l'étude des propriétés des différents rayons, bien entendu, nous ne reproduirons ici que ce qui touche directement le sujet de notre thèse.

(a) CHALEUR : ne donne pas de bon résultat dans les péritonites à point de départ annexiel.

(b) LUMIÈRE BLANCHE : c'est un traitement passepartout réussissant moyennement dans la majorité des formes ascitiques sans grosses lésions annexielles ; mais son action résolutive s'épuise vite et après 30 à 40 jours, il n'y a plus de progrès très appréciable. Cette méthode est précieuse pour préparer la malade à l'héliothérapie intense et brûler les étapes de celle-ci.

(c) LUMIÈRE ROUGE : paraît *tout à fait utile* dans les formes torpides, peu inflammatoires et à peu près indolores.

(d) LUMIÈRE BLEUE : son *action sédative* est souvent très remarquable, mais ne survient qu'après des séances d'environ une heure, il semble préférable de la réserver aux formes plastiques avec plastron douloureux, ainsi qu'aux phénomènes douloureux annexiels qui s'y rattachent.

Nous ne parlerons pas de nouveau des R. U. V. et de l'héliothérapie.

En combinant ces diverses actinothérapies on arrive au spectre solaire, il peut être intéressant d'augmenter la dose de lumière rouge, blanche ou bleue.

SAIDMANN utilise l'arc à électrode polymétallique et associe les rayons X et : les rayons ultra-violet, les rayons visibles, les rayons infra-rouges, les courants de haute fréquence.

La Sérothérapie et la Vaccinothérapie n'ont pas encore donné de résultat définitif.

Les Bains de lumière électrique ou méthode de *Miramond de la Roquette* ont des effets assez favora-

bles qui peuvent être comparés à ceux de l'héliothérapie ou des R. U. V. (voir polyradiothérapie, lumière blanche et chaleur).

Observations

(Obs. 1) *Personnelle. Service du docteur Bouchut.*

Mme P... A..., 20 ans.

Antécédents héréditaires et collatéraux : 0.

Pas d'antécédents gynécologiques, règles normales, pas de pertes blanches.

Le 2 mai 1926, règles plus abondantes, accompagnées de caillots, survenues 8 jours environ avant la date habituelle, alors que les règles précédentes avaient été normales et étaient survenues à leur date habituelle.

Ces règles sont qualifiées à tort de fausse couche.

Par la suite, les règles sont redevenues normales, mais la malade a commencé à souffrir de douleurs dans le bas ventre.

Un médecin consulté à ce moment fait le *diagnostic de fibrome*.

Entre temps la malade entre à l'Hôpital de la Charité le 11 septembre 1926 parce qu'elle souffre davantage. On fait une *colpotomie*, il s'écoule une grosse quantité de pus ; la malade quitte le service 8 jours après.

7 octobre 1926. La malade entre dans le service du docteur Bouchut.

Le teint est pâle, amaigri, la température irrégulière entre 37° 5 et 39°.

Au toucher vaginal on constate l'existence *dans le petit bassin d'une masse arrondie, à contours assez nets, se prolongeant et remontant assez haut dans la fosse iliaque gauche.* Elle est indolore à la pression, et sa configuration générale évoque, en effet, l'idée de fibrome utérin, mais cette masse est à peu près immobile et, d'autre part, ses contours n'ont pas une netteté parfaite.

Rien d'anormal au niveau des autres organes.

Radioscopie : poumons normaux.

Diagnostic. Pelvi-péritonite tuberculeuse à forme tumorale, qui s'est compliquée d'un abcès, drainé par la colpotomie.

Traitement : on soumet la malade au repos, à la caisse de Miramond de la Roquette, et à un traitement tonique par le cacodylate.

20 novembre 1926. — La température, élevée à l'entrée, est maintenant normale. *La masse pelvienne a notablement diminué de volume ; elle est actuellement uniquement développée du côté gauche, mais remonte moins haut et s'étend moins en dehors ; elle est à peine douloureuse à la pression.*

La malade rentre chez elle et continuera son traitement.

A signaler que la température a oscillé entre 37°5 et 39° jusqu'au 31 octobre, puis est revenue à la normale.

En résumé : malade chez laquelle un médecin fait le diagnostic de fibrome, qui subit, quelque temps après, une colpotomie laissant écouler beaucoup de pus, et chez laquelle le Docteur Bouchut porte le diagnostic de pelvi-péritonite tuberculeuse à forme tumorale. Evolution vers la guérison.

Obs. 2. *Personnelle. Service du Docteur Bouchut.*

Mlle C..., 27 ans, vierge. Rien de notable dans les antécédents. Opérée en 1924 pour des troubles douloureux gastriques. Elle subit alors une gastro-entéro-anastomose pour ulcus duodenal. Cessation des troubles gastriques depuis cette intervention. En juillet 1925, petite crise douloureuse abdominale avec vomissements, qui fit penser à une appendicite. Trois crises analogues en août et septembre 1925. Depuis octobre 1925, la malade accuse des douleurs de reins et quelques douleurs dans le bas-ventre, pour lesquelles elle vient consulter. Elle a maigri un peu et a des alternatives de diarrhée et de constipation.

Par le toucher rectal et le palper combinés on constate la présence d'une *masse pelvienne, dure, à contours nets, remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis, légèrement douloureuse et immobile*. Elle forme un tout compact, homogène, qui donne l'impression d'un gros utérus fibromateux. C'est le diagnostic qui fut fait huit jours auparavant, par un chirurgien.

Les troubles gastro-intestinaux, les crises pseudo-appendiculaires évoquent cependant l'idée d'un processus péritonéal subaigu. Aussi conseille-t-on de prendre la température pendant 10 jours. Celle-ci oscille

entre 37°3 et 38°. On s'arrête donc au diagnostic de tuberculose péritonéale. On prescrit le repos, l'héliothérapie (dans le Midi) et des toniques généraux. Revue quatre mois plus tard, la malade est très améliorée. Elle a pris 5 kilos et ne souffre plus du ventre. Le toucher rectal et le palper montrent que la masse pelvienne a considérablement diminué : elle est moins homogène et l'on parvient à en isoler l'utérus, qui est en antéflexion, mais encore peu mobile.

Revue six mois plus tard, la malade a repris, depuis 1 mois, sa vie et son activité normales. L'état général est excellent. Le toucher rectal montre un *utérus normal, indolore, mobile*. Sur nos conseils, la malade voit un gynécologue, qui déclare que l'examen gynécologique ne révèle rien d'anormal.

Les règles ont toujours été normales et régulières. Elles n'ont été interrompues que dans les trois mois qui ont suivi la gastro-entéro-anastomose.

En résumé, malade chez laquelle le Docteur Bouchut porte le diagnostic de pelvi-péritonite tuberculeuse à forme tumorale, et chez laquelle un autre médecin diagnostiqua un fibrome utérin quelque temps auparavant. L'évolution et la guérison confirmèrent le diagnostic du Docteur Bouchut.

Obs. 3. *Personnelle. Service du Docteur Bouchut.*

C... C..., 22 ans, blanchisseuse.

Entre dans le service le 1^{er} juillet 1925, pour de la diarrhée.

Antécédents héréditaires et collatéraux : 0.

Antécédents personnels : grossesse normale à 20 ans.

A expectoré quelque crachats rouges pendant une

seule journée, en décembre 1924 ; après cet accident elle va à la campagne et déclare qu'elle a maigri de 10 kilos depuis cette époque.

Il y a un mois (janvier 1925), elle se fait examiner au dispensaire antituberculeux de Lyon, où on lui découvre une lésion du sommet gauche.

Depuis quelques jours sont apparus des phénomènes nouveaux qui consistent en diarrhée (5 ou 6 selles par jour), faux besoins, la malade n'expulsant que des glaires blanchâtres. Jamais de sang, ni de pus, dans les matières. Elle accuse de la cystite, les mictions sont fréquentes et douloureuses.

La malade déclare qu'elle souffre du bas-ventre de façon diffuse depuis son accouchement, qui eut lieu en 1923 ; ces phénomènes douloureux n'ont aucune relation chronologique avec les règles, celles-ci ont toujours été normales, sauf les dernières, qui ont duré huit jours.

Pas de toux, pas d'expectoration.

A l'entrée : assez bon état général, température 38°.

Poumons : l'auscultation, la percussion, la palpation ne révèlent rien d'anormal, mais la radioscopie fait découvrir un *léger voile de l'extrême sommet gauche*.

Abdomen : augmenté de volume, pas d'ascite ; *tuméfaction* de l'hypocondre gauche, peu douloureuse, assez bien limitée.

Toucher vaginal : Le col utérin est refoulé en avant, contre la symphyse pubienne par une masse assez arrondie, et un peu irrégulière, assez dure, remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et dans laquelle l'utérus et les annexes semblent coulés

et que le Docteur Bouchut interprète comme symptomatique d'un processus de tuberculose péritonéale.

Toucher rectal : le rectum est écrasé contre le sacrum par la masse anormale.

La malade est montrée à un Chirurgien, *qui fait le diagnostic de fibromyome* probablement infecté, vu la température à grandes oscillations entre 38° et 39°9 que présente la malade depuis son entrée dans le service.

L'hystérectomie, qui paraissait s'imposer, est différée sur les conseils du Docteur Bouchut, qui soumet la malade à un traitement médical : chauffage local par la caisse de Miramond de la Roquette, injections de cacydylate de soude.

21 juillet 1925. — Depuis l'entrée, la température présente de grandes oscillations entre 37°6 et 39°8. La malade a eu ces jours-ci, pendant 5 ou 6 jours, des vomissements quotidiens, répétés, ayant rendu l'alimentation à peu près impossible ; actuellement ils ont disparu.

Le ventre n'est pas ballonné, il est assez souple, et l'on perçoit toujours dans la région sous-ombilicale la masse constatée à l'entrée.

30 juillet 1925. — Radioscopie. La malade a ingéré une baryte à 11 heures et une autre à 18 heures la veille. On constate que le colon est complètement rempli ; il est mobile dans les mouvements de la paroi abdominale, et mobilisable à la main. L'anse iliaque est peut-être un peu surélevée et attirée vers la ligne médiane.

La palpation est douloureuse dans toute la fosse iliaque gauche.

3 Octobre 1925. — Depuis la dernière note, la tem-

pérature a notablement baissé, avec, de temps en temps, de petites poussées fébriles. *Il y a 2 à 3 semaines, on avait constaté que la masse perçue dans le bassin et la région sous-ombilicale, masse qui, à l'entrée, était dure, mal limitée, pseudo-fibromateuse, avait presque complètement disparu.*

Depuis quelques jours la malade a observé que son ventre augmentait un peu de volume, et l'on constate en effet un certain degré de tension de l'abdomen, au-dessous de l'ombilic, avec perception d'une masse beaucoup plus rénitente, beaucoup plus floue, mate à la percussion, à peu près indolore. Il semble que la malade a fait, *du côté de son péritoine, une nouvelle poussée inflammatoire*, sans troubles intestinaux, ni gastriques, sans modification des règles, qui ont toujours été normales depuis l'entrée, mais seulement avec quelques phénomènes vésicaux.

Au toucher, l'utérus est toujours fixé, immobile, les culs-de-sac un peu durs, mais non effacés. La masse décrite ci-dessus rappellerait volontiers une vessie pleine, mais après cathétérisme on voit qu'il n'en est rien.

Les urines sont claires, sans albumine.

31 décembre 1925. — Examen gynécologique (Docteur Ricard). Toute impression de tumeur a complètement disparu, l'utérus est libre et semble simplement un peu fixé. Aucun point douloureux n'est perçu, les culs-de-sac sont absolument souples.

11 janvier 1926. — La malade sort complètement guérie, son ventre est souple, indolore ; *le palper et le toucher ne révèlent aucune anomalie ; il n'existe aucun*

trouble gastrique ou intestinal, les règles, qui avaient été pendant longtemps irrégulières, étaient redevenues normales les deux derniers mois.

N. B. — L'allure de la température pendant toute la maladie s'est maintenue fébrile ou subfébrile ; il y eut en juillet 1925, au moment où l'on trouva pour la première fois la masse pelvienne, de grandes oscillations entre 38° et 39°9, puis ultérieurement la courbe s'abaissa, ne revenant jamais complètement à l'apyrexie et remontant, pendant certaines périodes, à un niveau plus élevé. A la suite de ces fluctuations irrégulières, et de ces séries de poussées thermiques, la température revint à la normale en novembre 1925.

En résumé : malade chez laquelle le Docteur Bouchut porte le diagnostic de pelvi-péritonite tuberculeuse à forme tumorale, le Chirurgien en fait un fibrome infecté. La masse disparaît au bout de trois mois. Quelques semaines après cette disparition survient une nouvelle poussée péritonitique avec perception au-dessous de l'ombilic, d'une masse ressemblant à une vessie pleine. Guérison complète de la malade en l'espace de cinq mois en tout.

Obs. 4. Personnelle. Service du Docteur Bouchut.

Mlle B... D..., 42 ans, célibataire.

Antécédents héréditaires, collatéraux et personnels, 0.

Bonne santé habituelle, règles régulières et normales.

Depuis juillet 1922, quelques douleurs abdominales, le plus souvent pesanteurs et douleurs sourdes dans le bas-ventre durant quelques jours, plus rarement douleurs assez aiguës, mais brèves, à type de colique, sans diarrhée ni constipation. Ces accidents se répètent de

temps à autre jusqu'en octobre.

A ce moment, crise douloureuse abdominale plus aiguë, l'obligeant à garder le lit. Elle est vue alors par un chirurgien qui constate *une grosse masse abdominale enclavée dans le petit bassin*, remontant jusqu'à l'ombilic, surtout à droite, immobile, à peu près indolore à la pression. Il fait le diagnostic de *kyste de l'ovaire tordu* et propose une intervention.

Laparotomie. Il constate de telles adhérences des anses intestinales autour de la « tumeur » qu'il est impossible d'aller plus avant et qu'il doit refermer l'abdomen.

Vue pour la première fois en juillet 1923, par M. le docteur Bouchut.

Elle a continué à souffrir du ventre, de la même façon que précédemment. Etat général bon, température à peu près normale, avec parfois une élévation à 38°, 38°2.

Toucher et palper combinés : on sent une grosse masse pelvienne, bosselée, dure, immobile, homogène, remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis et où il est impossible de distinguer l'utérus.

Règles toujours normales, un peu douloureuses toutefois.

Constipation habituelle combattue efficacement par des laxatifs et des lavements.

Rien de particulier au niveau des autres appareils.

Diagnostic. Pelvi-péritonite tuberculeuse à forme tumorale.

Traitement. La malade est soumise à l'héliothérapie et à un traitement tonique général.

Revue le 17 novembre 1923. Elle a repris 6 kilos et a eu pourtant quelques petites crises douloureuses avec un peu de fièvre. La *pseudo-tumeur pelvi-abdominale* a diminué de moitié au moins. Elle a maintenant la forme d'un croissant coulé dans le petit bassin et ne dépassant pas le pubis.

On continue l'héliothérapie.

Revue octobre 1924. A repris 5 kilos encore. Règles normales, ne souffre plus, sauf parfois après une marche ou une station debout prolongée.

A l'encontre des conseils donnés, la malade a d'ailleurs marché beaucoup trop cet été.

On ne trouve plus qu'une petite masse dans le cul-de-sac droit, un peu irrégulière, dure, immobile. Le cul-de-sac gauche est souple.

Le seul palper de l'abdomen ne révèle rien d'anormal.

Revue en février 1925. Excellent état général. Règles toujours normales, la constipation a cessé à peu près complètement.

Le palper et le toucher combinés montrent des culs-de-sacs souples, un utérus fixé en rétroversion, légèrement douloureux.

En résumé : Pelvi-péritonite tuberculeuse à forme tumorale prise pour un kyste de l'ovaire tordu et guérie complètement par l'héliothérapie.

Obs. 5. *Personnelle. Service du docteur Bouchut.*

Mlle B... A..., 23 ans, guimprière.

Antécédents héréditaires, collatéraux et personnels, 0.

Réglée à 12 ans, normalement.

Depuis 3 ans, dépression, perte des forces, anorexie,

amaigrissement de 13 kilos ; il y a 15 jours, légères douleurs abdominales et une augmentation de volume du ventre. Légère constipation.

21 Juillet 1923. L'état général est relativement conservé malgré l'amaigrissement ; la température oscille autour de 38°, l'ascite est assez abondante. Rien par ailleurs.

Diagnostic. Péritonite tuberculeuse à forme ascitique classique.

Traitement : Héliothérapie et traitement tonique général.

7 Août 1923.. Quelques vomissements, de la diarrhée, apparition des règles.

1^{er} Octobre 1923. La malade se plaint de douleurs dans le bas-ventre ; la palpation montre une résistance plus marquée de la paroi dans tout l'étage sous-ombilical, avec une impression de gâteau bosselé.

Toucher vaginal et palper combinés montrent que *tout le petit bassin et les fosses iliaques sont occupés par une masse à contours supérieurs assez nets, bosselée avec un dôme médian à prolongements latéraux remontant dans les fosses iliaques.* En bas, la masse semble noyer l'utérus qu'elle fixe. Elle respecte à peu près le cul-de-sac latéral droit, mais occupe franchement le cul-de-sac gauche. Le cul-de-sac postérieur est libre.

Les dernières règles ont été un peu retardées et moins abondantes. Il semble qu'on puisse interpréter l'examen moins en faveur d'une simple ascite cloisonnée que comme la preuve d'une réaction plastique péritonéale englobant l'utérus et les annexes, particulièrement les

annexes gauches.

Octobre 1923. La malade est examinée par un chirurgien qui diagnostique : *bacillose annexielle bilatérale*, et propose une castration totale. La malade quitte l'hôpital.

Mars 1924. La malade s'est soignée par le repos, les toniques et l'héliothérapie. L'état général est excellent ; le ventre est souple, indolore, les règles normales. Il existe toujours dans le petit bassin la même masse annexielle irrégulière, bosselée, très dure, bilatérale, indolore et à contours précis.

Juin 1925. La malade a été revue à différentes reprises. La masse pelvienne ci-dessus décrite était stationnaire, mais ses contours paraissaient de plus en plus nets, donnant l'impression d'une tumeur développée aux dépens de l'utérus et *simulant un fibrome* un peu irrégulier. Peu à peu cette masse a disparu, et actuellement le toucher montre *un utérus et des annexes sensiblement normaux*.

Ce qu'il y a de remarquable c'est que depuis le début de cette maladie, les règles ont toujours été régulières, indolores, et la malade n'a jamais eu de pertes.

Quant à la température elle s'est élevée entre 37°8 et 38°4, du 19 au 22 juillet, du 7 au 12 août.

En résumé : Malade chez laquelle le docteur Bouchut porte d'abord le diagnostic de péritonite tuberculeuse à forme ascitique, cloisonnée, qui fait ensuite une réaction plastique péritonéale du petit bassin. Le Chirurgien diagnostique alors tuberculose annexielle bilatérale. En évoluant, cette masse simule un fibrome et disparaît au bout de deux ans.

Pelvi péritonite tuberculeuse à forme tumorale diagnostiquée cliniquement

Obs. 6. (*Lauper, Kocher, traduite par Merry, Obs. 44, p. 186*).

Femme, 25 ans. Père mort de phtisie.

Depuis un mois, faiblesse, lipothymies, frissons, anorexie, douleurs dans l'abdomen.

Expiration un peu rude au sommet. Abdomen un peu augmenté de volume. Dans les deux flancs, deux bandes mates ; sur la ligne médiane, juste au-dessus de la symphyse, une masse ronde et résistante, très sensible à la pression. Utérus en contre flexion. Dans le cul-de-sac gauche, résistance et douleurs à la pression.

Diagnostic. Péritonite tuberculeuse à point de départ génital.

Evolution. Amélioration spontanée.

Revue quatre années après, en bonne santé.

En résumé : Pelvi-péritonite tuberculeuse à forme tumorale, diagnostiquée cliniquement.

Pelvi peritonites tuberculeuses à forme tumorale prise pour tumeur de l'ovaire

Obs. 7. (*In thèse Leuret, Obs. 14, p. 81*).

Femme 30 ans.

1^{er} examen. — On pense à une ascite peu abondante. Utérus petit, mobile, pas d'annexes appréciables.

2^e examen. — On diagnostique un *kyste de l'ovaire*, peu tendu à cause de la matité centrale et de la sonorité périphérique. Fluctuation paraissant nette.

Laparotomie. Anses intestinales adhérentes entre

elles, et à la paroi, pas de tumeurs appréciables.

Guérison opératoire. La malade part, un mois plus tard, dans le même état.

En résumé. Pelvi-péritonite tuberculeuse à forme tumorale prise pour un kyste de l'ovaire.

Obs. 8. (*In thèse Truc. Obs. 75, p. 120*).

Femme des environs de Lyon, que son médecin croyait atteinte d'un *kyste de l'ovaire*. Letievant mandé en toute hâte pour l'opération, trouva la malade prête pour l'ovariotomie. Après examen sommaire, il ouvre l'abdomen. *Pas de kyste de l'ovaire, mais péritonite tuberculeuse*. L'intestin formait une masse irrégulière, tapissée d'un exsudat léger : le péritoine pariétal offrant, au contraire, une couche pseudo-membraneuse très épaisse. Entre la paroi abdominale entourée par des exsudats épais, se trouvait une collection liquide séro-floconneuse trouble.

La malade se rétablit complètement, plusieurs années après, elle était en parfaite santé.

En résumé : Pelvi-péritonite tuberculeuse à forme tumorale prise pour un kyste de l'ovaire.

Obs. 9. (*Jacobi Med News, 13 février 1886, p. 192*).

Femme 23 ans : chloro-anémique, réglée à 19 ans. Six mois avant l'entrée à l'hôpital, gonflement du ventre, apparition d'une tumeur.

Diagnostic : *Kyste de l'ovaire*.

Laparotomie. On tombe sur une hydropisie enkystée produite, d'après l'auteur, par une péritonite tuberculeuse.

(Le résultat, non indiqué, paraît bon puisque le drainage ne fut maintenu qu'à six mois).

En résumé : Pelvi-péritonite tuberculeuse à forme tumorale prise pour un kyste de l'ovaire.

Obs. 10. (Koëinig *Cent für Chir.* 1884, p. 80).

Femme avec ventre tuméfié et amaigrissement notable. Au-dessus symphyse pubienne tumeur fluctuante, peu mobile, peu tendue, envahissant une partie de l'abdomen. Points durs circonvoisins.

Diagnostic. Hésitant entre *Tumeur ovarienne et exsudat enkysté.*

Laparotomie. On arrive sur une tumeur enkystée par des couches couenneuses épaisses et un liquide central séreux.

Guérisson par première intention. Au bout de 15 jours affection pulmonaire tuberculeuse. Sort un mois après, avec ventre souple, mais avec de la toux.

En résumé : Péritonite tuberculeuse localisée pelvienne prise pour un kyste de l'ovaire.

Obs. 11 (Koëinig *Cent für Chir.* 1884, p. 83).

Femme 30 ans.

Diagnostic. *Kyste de l'ovaire.*

Intervention. Incision médiane conduisant sur une cavité remplie de liquide trouble et tapissée par une membrane, un peu de pus.

Guérisson définitive ; un an après, pleurésie.

Deux ans après, bonne santé.

En résumé : Pelvi-péritonite tuberculeuse à forme tumorale prise pour un kyste de l'ovaire.

Obs. 12. (Knaggs, *British Med. Journal*, 28 oct. 1887).

Fille, 16 ans.

Diagnostic : *Kyste de l'ovaire.*

Laparotomie. Péritoine, mésentère et intestin cou-

verts de tubercules.

Evolution : Amélioration aussitôt après l'intervention, les règles réapparurent, augmentation de poids de 18 kilos en sept mois.

Quinze mois après l'opération, tuberculose pulmonaire.

En résumé : Pelvi-péritonite tuberculeuse à forme tumorale prise pour un kyste de l'ovaire.

Obs. 13. (Koë nig, rapportée par Kümmel).

Diagnostic : Kyste de l'ovaire.

30 décembre. Laparotomie. Adhérence vésicale. Semis de granulations, l'utérus est aplati et refoulé contre la vessie. Les annexes gauches sont englobées dans les adhérences. A droite on peut isoler l'ovaire. Tout est recouvert de granulations tuberculeuses.

24 janvier : La malade, guérie, quitte l'hôpital.

En résumé : Pelvi-péritonite tuberculeuse localisée prise pour un kyste de l'ovaire.

Obs. 14. (In thèse Leuret, obs. 17, p. 85).

Femme 21 ans.

En mars 1893, apparition de douleurs abdominales, irradiations lombaires et disparition des règles. Pertes blanches abondantes.

Examen. Autour de l'ombilic, masses dures, mobiles les unes sur les autres, donnant sensation caractéristique des inflammations épiploïques. Fosses iliaques remplies par des masses dures, arrondies, remontant jusque vers l'ombilic du côté gauche, un peu moins haut du côté droit.

On sent ces masses par le toucher vaginal, au niveau des culs-de-sac latéraux. Utérus petit, peu mobile. A

gauche on délimite une masse, répondant aux annexes, du volume des deux poings et vaguement fluctuante.

Rien aux poumons.

Diagnostic : Hésitant entre péritonite tuberculeuse et kyste végétant des ovaires.

Laparotomie, 22 août. Masse intestinale farcie de granulations tuberculeuses ; anses intestinales totalement adhérentes entre elles et l'épiploon. Un peu d'ascite. On voit à travers les anses intestinales agglutinées des masses dures, volumineuses, répondant aux annexes. On essaie de détruire quelques adhérences intestinales, mais l'intestin menace de se déchirer, on referme le ventre.

Evolution. Malade quitte l'hôpital le 28 octobre, la guérison s'est maintenue neuf ans, date à laquelle la malade est perdue de vue.

En résumé : Gateaux péritonéaux tuberculeux faisant penser à une tumeur de l'ovaire généralisée dans l'abdomen.

Obs. 15. (*Lauper-Kocher, traduite par Merry*).

Jeune fille de 15 ans 1/2.

Diagnostic. Sarcome de l'ovaire avec réserve de pelvi-péritonite tuberculeuse.

Laparotomie : Grosse masse accolée à des anses intestinales, elle se laisse décoller de place en place. On peut décortiquer une membrane bien isolée et on tombe sur une grosse masse d'anses grêles accolées ; il n'y a ni tubercules, ni dépôt caséeux, ni ganglions. On libère les anses intestinales de leurs adhérences.

Revue 2 ans après en bon état.

En résumé : Pelvi-péritonite tuberculeuse à forme tumorale prise pour un sarcome de l'ovaire.

Obs. 16. (*Lauper-Kocher, traduite par Merry*).

Femme, 33 ans.

En juin 1889, cessation des règles qui réapparaissent au bout de quatre à cinq mois. Céphalées avec amaigrissement. Miction et défécation douloureuses.

Toucher vaginal. Col petit et ferme, latéro flexion droite ; à gauche corps mou, un peu mobile, irrégulier. Le côté droit est libre.

Diagnostic. Papillome de l'ovaire.

Laparotomie (19 mars 1890) Péritoine épaissi de un centimètre. Exsudat tuberculeux encapsulé à sa partie supérieure par la masse intestinale qui lui adhère, parcouru par la trompe droite dont les franges sont très congestionnées et entourées de dépôts fibrineux. Utérus, ovaire, trompes parsemés d'adhérences tuberculeuses. La paroi du péritoine est couverte de nodosités tuberculeuses. Le Douglas est rempli en partie par l'épanchement.

Revue le 19 décembre 1900. Le poids a augmenté, santé satisfaisante.

En résumé : Pelvi-péritonique tuberculeuse à forme tumorale prise pour un papillome de l'ovaire.

Pelvi péritonites tuberculeuses à forme tumorale prise pour pyosalpinx

Obs. 17. (*Lauper-Kocher, traduite par Merry, obs. 42, p. 184*).

Femme 23 ans, règles irrégulières.

Au printemps 1888, douleurs violentes en urinant, augmentation progressive du volume du ventre. Pas de pertes blanches.

Toucher vaginal. Col allongé. Rétroflexion du corps sans adhérences. De chaque côté de l'utérus on sent une tumeur mousse qui suit les mouvements de celui-ci, et lui semble réunie par un cordon. A droite grosseur d'une pomme, à gauche moitié plus petite.

Diagnostic. Pyosalpinx gonococcique.

Laparotomie. Péritoine congestionné et épaissi, parsemé sur ses feuillets viscéral et pariétal de tubercules. Il s'écoule une sérosité claire, légèrement gélatineuse.

Décembre 1900. Revue en bonne santé.

En résumé : Pelvi-péritonite tuberculeuse à forme tumorale prise pour un pyosalpinx gonococcique.

Obs. 18. (In thèse Merry, obs. 37, p. 175).

Femme 21 ans, fausse couche presque certaine en février 1906, depuis, douleurs lombaires et abdominales progressives. Quelques pertes blanches.

21 Mai 1906. A l'examen du ventre, on sent une résistance diffuse, surtout localisée du côté droit, très douloureuse.

Toucher vaginal : tumeur de la grosseur d'une mandarine ronde, bosselée, bien limitée dans le cul-de-sac droit, se prolongeant dans le cul-de-sac postérieur. A gauche, petite masse résistante, mais plus diffuse.

Diagnostic : Pyosalpinx.

Laparotomie : Poche pleine de liquide ascitique qui remplit les deux côtés de l'utérus. Cette poche se poursuit en bas et à droite le long de l'utérus et là s'écoule du pus caséeux manifeste, en très petite quantité.

28 juin 1906. Sort guérie de l'hôpital.

10 Janvier 1907. Revue en parfaite santé.

En résumé : Pelvi-péritonite tuberculeuse à forme

tumorale prise pour un pyosalpinx.

Obs. 19. (Mayo Robson, cité par Maurange, obs. 56, p. 35).

Femme 31 ans. Douleurs pelviennes remontant à quelques mois. Etat général mauvais, sueurs nocturnes.

Dans la cavité abdominale à gauche, une tumeur pelvienne.

Diagnostic : Pyosalpinx gauche.

Laparotomie. Les anses intestinales sont fortement agglutinées, l'épiploon fort adhérent à la paroi, le péritoine est criblé de granulations miliaires ; la tumeur ne peut être enlevée à cause de son adhérence avec les masses intestinales.

Evolution. La malade se rétablit très vite, et put bientôt reprendre ses occupations domestiques. Quelques mois plus tard la santé n'était pas très favorable, mais on ne peut avoir d'autres nouvelles.

En résumé : Pelvi-péritonite tuberculeuse à forme tumorale prise pour un pyosalpinx.

**Pelvi péritonites tuberculeuses à forme
tumorale prises pour hématoçèle**

Obs. 20 (In thèse Merry, obs. 31, p. 166).

Femme 24 ans, adénopathie et chlorose dans l'enfance.

Diagnostic : Hématoçèle péri-utérine.

Laparotomie. Dans le petit bassin, nombreuses anses intestinales adhérentes et épaissies. L'S iliaque adhère à la face postérieure de l'utérus. Trompe droite oblitérée, très épaissie, congestionnée.

La malade quitte le service, guérie.

En résumé : Pelvi-péritonite tuberculeuse à forme tumorale prise pour une hématocèle.

Obs. 21 (*In thèse Leuret*, obs. 60, p. 178).

Femme, 17 ans.

Diagnostic : Hématocèle péri-utérine.

Intervention, 27 juillet : colpotomie du cul-de-sac postérieur, écoulement de quelques centimètres cubes de liquide purulent lactescent, puis un litre de liquide séreux. Drainage.

29 juillet. — Température, 40°. M. Bouilly agrandit l'orifice par lequel passait le drain. On délimite, dans la fosse iliaque, une tumeur mate, dure, empâtée, grosse comme les deux poings et dépassant la ligne blanche vers la droite, à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Il porte le diagnostic de *Péritonite tuberculeuse à point de départ génital*.

3 août. Laparotomie : demi-litre d'ascite. Paquet intestinal recouvert de fausses membranes ; le petit bassin est transformé en un seul bloc au milieu duquel, très péniblement, on décolle le rectum de la poche, qui était drainée.

11 août : Mort.

En résumé : Pelvi-péritonite tuberculeuse localisée à forme d'hématocèle péri-utérine.

Pelvi péritonite tuberculeuse à forme tumorale prise pour fibrome

Obs. 22. (*Bégouin. Soc. d'obs., de gynéco et de péd. Bordeaux. 14 nov. 1899*).

Femme actuellement en bonne santé, a vu se déve-

lopper une tumeur dans son bas-ventre.

Diagnostic. Fibrome.

Après examen, M. Bégouin diagnostique : *péritonite tuberculeuse avec localisation kystique rétro-utérine.*

Intervention. Hystérectomie vaginale. Les annexes parsemées d'un semis tuberculeux, adhéraient tellement à l'intestin qu'il fallut renoncer à l'extirpation.

Suites bonnes.

M. Bégouin signale que souvent il a eu avec des péritonites tuberculeuses, la sensation de fibrome.

En résumé : Pelvi-péritonite tuberculeuse à forme tumorale prise pour un fibrome.

Pelvi peritonite tuberculeuse à forme tumorale prise pour sarcome de la paroi

Obs. 23 (Terrillon, *Sem. Méd.*, 15 mai 1890).

Jeune fille, 18 ans.

Ventre saillant, volumineux. A la palpation et à la percussion, sensation d'une tumeur solide, adhérente à la paroi abdominale.

Diagnostic : Sarcome de l'ovaire.

Laparotomie. Péritoine épaissi et adhérent, formant une sorte de plastron de l'épaisseur de la main, composé d'un tissu de fausses membranes infiltrées de granulations tuberculeuses, qui agglutinaient entre elles les anses intestinales.

On referme le ventre.

Vingt-deux jours après, la malade part pour la campagne.

Dix-huit mois après, elle revient complètement guérie.

En résumé : Pelvi-péritonite tuberculeuse à forme tumorale prise pour un sarcome de la paroi abdominale.

Pelvi peritonites tuberculeuses à forme tumorale prises pour tumeur pelvienne de nature imprécise

Obs. 24. (*De Prochownik, rapportée par Elmassian, obs. 33, p. 37*).

Femme 35 ans, mari mort un an auparavant de tuberculose pulmonaire. Deux accouchements normaux et deux fausses-couches.

Depuis 15 mois, métrorrhagies pour lesquelles curetage et colporraphie. Presque tout de suite après l'opération, ventre augmente de volume, douleurs surviennent surtout du côté droit du ventre, amaigrissement.

Palper : Dans le côté droit du ventre, tumeur qui présente les caractères d'un utérus gravide au 5^e ou 6^e mois, un peu d'ascite.

Du côté gauche : tumeur grosse comme une orange un peu mobile à gauche, fixée à droite par des adhérences. Utérus légèrement antéfléchi, facile à limiter.

Laparotomie. Péritoine parsemé de tubercules. La tumeur du côté droit se trouve entre un paquet intestinal et les annexes, la trompe et l'ovaire sont adhérents et tuberculeux ; ces adhérences difficiles à rompre laissent écouler du pus vert jaunâtre. Du côté gauche on parvient à rompre les adhérences.

Evolution. La malade se lève à la 3^e semaine, mais bientôt, fistule qui communique avec une poche située à droite.

Mort au bout de 3 mois.

En résumé : Tuberculose péritonéale à forme de tumeur bilatérale de l'abdomen.

Obs. 25. (De Prochownik, rapportée par Elmassian, obs. 34, p. 39).

Femme 43 ans, depuis 8 semaines le ventre grossit, amaigrissement. A eu 3 fausses-couches.

Palpation du ventre : tuméfaction de chaque côté, facile à sentir. Ganglions inguinaux engorgés : pas d'ascite.

Pertes purulentes, pas de gonocoques ni de bacilles de Koch.

Utérus petit, rétroversé. De chaque côté utérus : tumeur assez mobile, rénitente, grosse comme une pomme et qui semble se continuer avec les trompes.

Laparotomie. Péritoine couvert de granulations tuberculeuses, un peu d'ascite. Les deux tumeurs qu'on avait senties se trouvent intimement unies aux annexes de l'utérus et couvertes de tubercules.

Evolution. Sept semaines après l'opération, la malade semble guérie. La fièvre réapparaît, une suppuration du rectum survient avec diarrhée profuse.

Morte 4 mois après l'opération.

L'examen bactériologique a montré des bacilles de Koch.

En résumé : Pelvi-péritonite tuberculeuse à forme de tumeur para-utérine bilatérale.

Conclusions

1° Il existe une forme très particulière de la péritonite tuberculeuse caractérisée par la présence dans le petit bassin d'une tumeur plus ou moins volumineuse.

2° Elle survient presque toujours chez la femme, et comporte les mêmes circonstances étiologiques que la péritonite tuberculeuse banale.

3° Cette tumeur péritonitique qui s'accompagne de fièvre, d'altération de l'état général et de divers troubles fonctionnels simule, suivant les cas, un *kyste de l'ovaire*, un *pyosalpinx*, une *hématocèle pelvienne*, un *fibrome* ; toutes affections dont il est souvent difficile de la distinguer.

4° La notion d'un terrain tuberculeux, la coexistence d'autres lésions des séreuses, et l'atteinte parfois tardive de la grande cavité péritonéale aident dans certains cas, au diagnostic.

5° C'est SURTOUT L'ÉVOLUTION QUI EST CARACTÉRISTIQUE, à part certains cas où elles peuvent laisser des séquelles diverses, elles finissent par disparaître complètement et comporte un pronostic relativement bénin.

6° Au point de vue anatomopathologique elles cor-

respondent, soit à des masses fibrocaséuses contenant de l'épiploon et des anses intestinales agglutinées, soit à des poches ascitiques limitées par des adhérences multiples.

Quelles qu'elles soient, ces lésions EVOLUENT ORDINAIREMENT VERS LA RÉSOLUTION.

7° On peut admettre que ces tumeurs péritonitiques à localisation pelvienne ont, dans l'immense majorité des cas, leur point de départ dans une *petite lésion génitale qui n'évolue pas pour son propre compte.*

8° LA THÉRAPEUTIQUE DOIT ÊTRE AVANT TOUT MÉDICALE et consister dans le repos, une alimentation reconstituante, l'hélio, la thermo, et la lumineothérapie.

Le *traitement chirurgical* n'est indiqué qu'en cas d'urgence, ou d'échec du traitement médical.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

E. VILLARD.

Vu :

LE DOYEN,

Jean LÉPINE

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 17 Novembre 1926

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

J. GHEUSI.

Bibliographie

A

ACHARD. — *Les Péritonites Tuberculeuses*. (Journal des Praticiens 1924, p. 2895-2953).

La Photothérapie et son application à la Péritonite tuberculeuse. (Journal des Praticiens, n° 26, 1924, p. 417-422).

ALDIBERT. — *Laparotomie dans la tuberculose péritonéale*. (Thèse Paris, 1892).

ALTERHUM. — *Tuberculose des trompes et du péritoine pelvien*. (Beitz y Geb und gynec, I. H.,.1. 1898).

ARMAND DELILLE et HARTMANN. — *Péritonite tuberculeuse guérie par l'héliothérapie dans les faubourgs de Paris*. (Soc. de Chir. Paris, t. 47, n° 26, séance 19 oct. 1921).

B

BAISCH. — *Traitement de la tuberculose génitale et péritonéale chez la femme*. (Arch für Gynaecologie, 1908, p. 842).

BEAUSSÉNAT. — *Des résultats éloignés de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse*. (Th. Lyon 1892).

BÉRARD. — *A propos du diagnostic, de l'évolution et du trait de la péritonite tuberculeuse*. (Bull. Méd. 1910, p. 549).

BERNUTZ et GOUPIL. — *Clinique médicale sur les maladies des femmes*, (Paris 1862).

BIRCHER. — *Trait de la P. T. par la Roentgenthérapie.* (Th. Bâle 1907).

BROCA. — *Soc. de Chir.* (Paris, 10 nov. 1897, p. 684, obs. 7).

BRODY. (Ch.). — *Héliothérapie dans le traitement de la P. T.* (In *Journal des Praticiens*, juin 1926, Paris).

Conception moderne de la P. T. et de son traitement. (Th. Paris 1926).

BROUARDEL. — *La tuberculisation des organes génitaux de la femme.* (Th. Paris 1865).

BUPNOIR. — *Héliothérapie et P. T.* (*Journ. Méd. Franç.*, t. 12, n° 7, juillet 1923).

C

CALLOT. — *Trait de la P. T. Cong. intern. de la tuberculose,* (1905).

CANNES. — *Journal Méd. Franç.* (Juillet 1923).

CHATIN et GAUTIER. — *Héliothérapie et T. P.* (Lyon Méd. 3 déc. 1911).

CHASSIGNEUX. — *Trait de la P. T. par les R. U. V.* (Th. Paris 1925).

CORDIER. — *Notes sur le trait des P. T. et spécialement de l'actinothérapie.* (Lyon Méd. 1924, t. 1, p. 508).

COUSYN. — *Contribution à l'étude de la tuberculose de l'utérus et des annexes.* (Th. Paris 1903).

D

DELBET. — *Les suppurations pelviennes chez la femme.* (Paris, 1891).

DELHER (L.) et GRUNSPANN DE BRANCAS (M^{me}). — *Trait de la P. T. par les R. U. V.* (Prat. Méd. Franç., août 1925).

DELIERM, MOREL KAHN et COUPAT. — *Notes sur l'action des R. U. V. dans la P. T. de l'adulte.* (Soc. p. d'électr. et de radiol., 26 février 1925).

DEMONS. — *Trait chir. des Péritonites.* (Cong. franç. de Chir. Séance 10 octobre 1889, p. 220).

DEMOSTHÈNE (de Bucarest). — *Trait de la P. T.* (Congrès de Chir. 1889).

DERVAUX. — *De la tuberculose génitale de la femme et ses complications péritonéales, cysto-péritonite tuberculeuse, ascite tuberculeuse.* (Th. Paris 1902).

DUVERGIÉ. — *Tuberculose pelvienne de la femme.* (Journal Médical Français, 1923).

E

ELMASSIAN. — *La laparotomie dans la péritonite tuberculeuse.* (Thèse Paris, 1890).

F

FERNET. — *Société Médicale des Hôpitaux.* (Paris, 1884).

G

GARGINOTTY et SPILLMANN. — *Article : Péritonite.* (Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales, t. 23, 2^e série, p. 293).

GOROVITZ (Mlle). — *La tuberculose génitale chez la femme.* (Th. Paris, 1900).

GUINARD. — *Traité de Chirurgie.* (Le Dentu et Delbet).

H

HEMEY. — Th. Paris, 1866.

J

JOSSERAND. — *Trait des P. T.* (Lyon Méd., 1906).

K

KOENIG. — *De la tuberculose péritonéale diffuse et des tumeurs apparentes qu'elles déterminent dans l'abdomen.* (Centralblatt für Chir., 1884, n^o 6, p. 80 et 30 août 1890, p. 658).

KUMMEL. — 26^e Congrès de Chirurgie Allemand, 1887.

L

LABBÉ. — *Traitement chirurgical de la péritonite.* (Congrès français de Chirurgie. Séance 10 octobre 1889, p. 221).

- LABHARDT. — *Contribution à l'étude de la tuberculose génitale et péritonéale, étude clinique basée sur 100 cas.* (Semaine Médicale, Paris, 1912, p. 388).
- LAUPER. — *Beitrag zur Frage der Peritoneal tuberculose.* (Deutsch Zeitschrift für, Chir., 1901).
- LECÈNE et LERICHE. — *Thérapeutique Chirurgicale.* (Masson, 1921).
- LEGUEU. — *De l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse.* (Semaine Médicale, 10 février 1894, p. 65).
- LEJARS. — *L'occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse.* (Gazette des Hôpitaux, 1891, p. 1305).
- LEURET. — *Etude clinique sur les rapports de la Péritonite tuberculeuse et de la tuberculose génitale chez la femme.* (Th. Paris, 1903).

M

- MARVAUD (J.). — *Actinothérapie et Rayons X dans les P. T.* (Th. Paris, 1926).
- MATHIS. — *De la péritonite tuberculeuse.* (Thèse Paris, 1890).
- MAURANGÉ. — *De l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse.* (Thèse Paris, 1889).
- MAYO ROBSON. — *The Lancet* 1902, p. 851.
- MERRY. — *Etude clinique sur quelques formes rares de la péritonite tuberculeuse.* (Th. Paris, 1907).
- MIRAMOND DE LA ROQUETTE. — *Traité des P. T. par le surchauffage lumineux.* (Congrès de Physiothérapie, 1910).

P

- PETER. — *Conférence clinique sur la pelvi-péritonite.* (Gazette des Hôpitaux, 19 octobre 1871, p. 493).
- PIC. — *Essai sur la valeur de l'intervention chirurgicale dans la P. T.* (Thèse Lyon, 1890).
- PIC. — *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon.* (Séance du 11 décembre 1923).

PONCET. — *Laparotomie dans la P. T.* (Revue des Sciences Médicales de Hayem. T. 42, p. 271, 1893).

PONTOIZEAU. — *Contribution à l'étude de quelques agents du trait. médical de la P. T. : héliothérapie, photothérapie, iodothérapie.* (Thèse Lyon, 1913).

POSIN. — *De l'occlusion intestinale au cours de la P. T.* (Thèse Paris, 1914).

Q

QUÉNU. — *P. T. à début simulant l'occlusion intestinale ou l'appendicite.* (Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 23 nov. 1898, p. 1.035).

R

RAPPIN. — *La vaccination de la tuberculose ; 30 années de recherches expérimentales, 1894-1924.* (La Vie Médic., 20 juin 1924).

RECLUS. — *Les pelvi-péritonites.* (Semaine Médicale, 1891).

ROBIN. — *Trait. des P. T.* (Corresp. Méd., Paris, 1907).

ROSAL. — *Quelques considérations sur les pelvi-péritonites.* (Thèse Paris, 1894).

ROUTIER. — *Un cas de Péritonite tuberculeuse et un cas de péritonite purulente traitée par la laparotomie. Guérison.* (Congrès Français de Chirurgie. Séance du 10 octobre 1889, p. 235).

S

SAÏDMANN. — *Trait. des P. T. par les R. U. V.* (Journal des Praticiens, 27 octobre 1925).

La Polyradiothérapie, ses principes, ses indications. (Journal Médical Français, septembre 1925).

Les R. U. V. en thérapeutique. (Doin 1925, Paris).

SAUVÉ. — *Du trait. des P. T.* (Progrès Médical, 20 janvier 1912).
Que penser à l'heure actuelle des P. T. et de leur traitement. (Journal Médical Français, juillet 1923).

SÉRGENT. — *Trait. des P. T.* (Journal des Praticiens, 30 avril 1924).

T

TALAMON. — *Annales de Gynécologie*. (Paris, 1878. T. 9, p. 416-428).

TÉMOIN. — *Trait. Chirurgical de la P. T.* (Acad. de Médecine, Bull. n° 32, p. 116, 10 octobre 1922, et Bull. Soc. Chirurgie, Paris, 10 juillet 1923).

TRUC. — *Trait. chirurgical de la P. T.* (Thèse Agrégation, 1886).

V

VALENTA VON MARCHTHURN. — *Tuberculose génitale traitée par la laparotomie*. (Wiener Klin Wochenschr, mars 1897, p. 206. Analysé in Presse Méd., 13 mai 1897, p. 223).

VERMEIL. — Thèse Paris, 1880.

VIGNARD. — *Héliothérapie artificielle dans le trait des tuberculoses externes*. (Commun. à la Société de Chirurgie de Lyon, 23 janvier 1913).

W

WEILL et GARDERE. — *Héliothérapie dans le trait de la P. T.* (Lyon Médical, décembre 1911).

WOLFF. — *La tuberculose génitale et péritonéale de la femme d'après 82 cas de la clinique gynécologique de Heidelberg*. (Compte rendu Pr. Méd., 1913, p. 39).

Table des Matières

	PAGES
AVANT-PROPOS.....	9
HISTORIQUE.....	11
ETIOLOGIE.....	14
Age.....	14
Hérédité.....	14
Maladies antérieures.....	14
PATHOGENIE.....	16
Tuberculose pelvi-péritonéale par effraction.....	16
Tuberculose pelvi-péritonéale par voie sanguine....	16
Tuberculose pelvi-péritonéale par voie lymphatique.	17
Tuberculose pelvi-péritonéale par propagation.....	17
ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	22
Tumeurs péritonitiques.....	22
A) Tumeur solide.....	22
B) Tumeur liquide.....	24
C) Tumeur fantôme.....	21
Evolution anatomique.....	24
Lésions associées.....	26
ETUDE CLINIQUE.....	27
Début.....	27
Etat.....	29
Forme simulant kyste de l'ovaire.....	31
Forme simulant pyosalpinx et salpingite tubercu-	
leuse.....	32
Forme simulant hématocele ..	33
Forme simulant fibrome.....	34
Forme simulant tumeurs diverses.....	34
Evolution.....	36
TRAITEMENT.....	40
Trait Chirurgical.....	43
Trait Médical.....	45
Trait Héliothérapie.....	45

Trait R. U. V	48
Trait Rayons X.....	50
Trait Polyradiothérapie	50
Trait Sérothérapie	51
Trait Vaccinothérapie	51
Trait Bains de lumière électrique.....	51
OBSERVATIONS	53
Personnelles.....	53
Pelvi-péritonite tuberculeuse diagnostiquée clinique- quement.....	65
Pelvi-péritonite tuberculeuse prise pour tumeur de l'ovaire	65
Pelvi-péritonite tuberculeuse prise pour pyosalpinx.	70
Pelvi-péritonite tuberculeuse prise pour hématocele.	72
Pelvi-péritonite tuberculeuse prise pour fibrome...	73
Pelvi-péritonite tuberculeuse prise pour sarcome paroi abdominale	74
Pelvi-péritonite tuberculeuse prise pour tumeur pelvienne de nature imprécise	75
CONCLUSIONS	77
BIBLIOGRAPHIE.....	80
